MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

INSTRUÇÕES REGULADORAS PARA OS TRABALHOS DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR (PASAM) NO ÂMBITO DO EXÉRCITO BRASILEIRO

1ª Edição
2025

EB30-IR-10.011

MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

INSTRUÇÕES REGULADORAS PARA OS TRABALHOS DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR (PASAM) NO ÂMBITO DO EXÉRCITO BRASILEIRO

1ª Edição
2025

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY

PORTARIA – DGP/C Ex Nº 552, DE 12 DE SETEMBRO DE 2025

Aprova as Instruções Reguladoras para os Trabalhos do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM) no âmbito do Exército Brasileiro (EB30-IR-10.011), 1ª Edição, 2025.

O **CHEFE DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL**, no uso das atribuições que lhe conferem o previsto no art. 12 do anexo I do Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006, combinado com a delegação de competência que lhe foi conferida pelo art. 44 das Instruções Gerais para as Publicações Padronizadas do Exército (EB10-IG-01.002), 1ª Edição, 2011, aprovadas pela Portaria do Comandante do Exército nº 770, de 7 de dezembro de 2011, de acordo com o inciso II do art. 9º do Regulamento do Departamento-Geral do Pessoal (EB10-R-02.001), 2ª Edição, 2023, aprovado pela Portaria do Comandante do Exército nº 2.031, de 2 de agosto de 2023, e considerando o que consta nos autos do Processo Administrativo nº 64446.065432/2024-95, resolve:

Art. 1º Ficam aprovadas as Instruções Reguladoras para os Trabalhos do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM) no âmbito do Exército Brasileiro (EB30-IR-10.011), 1ª Edição, 2025.

Art. 2º Fica revogada a Portaria nº 046-DGP, de 27 de fevereiro de 2020, que aprovou as Instruções Reguladoras para os Trabalhos do Programa de Acreditação da Saúde Assistencial Militar para os anos de 2020 a 2022 (EB30-IR-10.001), 1ª Edição, 2020.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

General de Exército JOÃO CHALELLA JÚNIOR
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

(Publicado no Boletim do Exército nº 40, de 3 de outubro de 2025)

FOLHA REGISTRO DE MODIFICAÇÕES (FRM)

NÚMERO DE ORDEM	ATO DE APROVAÇÃO	PÁGINAS AFETADAS	DATA

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Art.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE..... 1º
CAPÍTULO II - DA LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA..... 2º
CAPÍTULO III - DAS PREMISSAS..... 3º
CAPÍTULO IV - DA CAPACITAÇÃO DOS AVALIADORES..... 4º
CAPÍTULO V - DAS VISITAS DE DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL..... 5º
CAPÍTULO VI - DAS VISITAS DE ACOMPANHAMENTO..... 6º/7º
CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS..... 8º/11

ANEXO A - CADERNO DE ORIENTAÇÃO Nº 1 - PADRÕES DE AVALIAÇÃO
ANEXO B - CADERNO DE ORIENTAÇÃO Nº 2 - PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO
APÊNDICE I AO ANEXO B - CALENDÁRIO DE AVALIAÇÃO
APÊNDICE II AO ANEXO B - VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO
APÊNDICE III AO ANEXO B - VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS
APÊNDICE IV AO ANEXO B - FORMULÁRIO PARA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
APÊNDICE V AO ANEXO B - GERENCIAMENTO DE RISCOS
ANEXO C - ORIENTAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR NAS REGIÕES MILITARES (PASAM REGIONAL)

INSTRUÇÕES REGULADORAS PARA OS TRABALHOS DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR (PASAM) NO ÂMBITO DO EXÉRCITO BRASILEIRO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º As presentes Instruções Reguladoras (IR) destinam-se a regular os trabalhos a serem executados pelo Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM).

CAPÍTULO II

DA LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Art. 2º Estas IR têm por referência as seguintes legislações:

I - Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88);

II - Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de Programa de Controle de Infecções Hospitalares pelos hospitais do País;

III - Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;

IV - Portaria nº 1.107, de 14 de junho de 1995, do Ministério da Saúde, que concebeu o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, no âmbito dos esforços empreendidos pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), sob coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a fim de fixar os padrões de qualidade dos serviços prestados por entidades hospitalares no Brasil;

V - Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, que expede, na forma dos Anexos I, II, III, IV, V, as Diretrizes e Normas para a Prevenção e o Controle das Infecções Hospitalares tais como: Herpes Simples, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Sífilis, Aids;

VI - Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – versão 2019, elaborado pela ONA;

VII - Portaria do Comandante do Exército nº 2.147, de 20 de dezembro de 2023, que aprova a Política Militar Terrestre - Fase 3 do Sistema de Planejamento Estratégico do Exército 2024-2027 (EB10-P-01.016), 1ª Edição, 2023;

VIII - Portaria do Comandante do Exército nº 2.148, de 20 de dezembro de 2023, que aprova a Concepção Estratégica do Exército (Plano) – Integrante da Fase 4 do Sistema de Planejamento Estratégico do Exército para o Ciclo 2024-2027 (EB10-P-01.017), 1ª Edição, 2023;

IX - Portaria do Comandante do Exército nº 457-C Ex, de 15 de julho de 2009, que aprova a Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército;

X - Portaria do Comandante do Exército nº 2.502, de 8 de julho de 2025, que aprova as Instruções Gerais para o Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar no âmbito do Exército Brasileiro (EB10-IG-02.043), 1ª Edição, 2025;

XI - Portaria do Comandante do Exército nº 2.031, de 2 de agosto de 2023, que aprova o Regulamento do Departamento-Geral do Pessoal (EB10-R-02.001), 2ª Edição, 2023;

XII - Portaria do Comandante do Exército nº 850, de 12 de junho de 2019, que aprova as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército (EB10-N-02.001);

XIII - Portaria do Comandante do Exército nº 004, de 3 de janeiro de 2019, que aprova a Política de Gestão de Riscos do Exército Brasileiro (EB10-P-01.004), 2ª Edição, 2018;

XIV - Portaria do Comandante do Exército nº 386, de 9 de junho de 2008, que aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Gestão Ambiental no Âmbito do Exército (IG 20-10) e dá outras providências;

XV - Diretriz do Comandante do Exército 2023 - 2026;

XVI - Portaria - EME/C Ex nº 970, de 9 de fevereiro de 2023, que aprova a Diretriz Estratégica para Aplicação da Política de Pessoal do Exército Brasileiro (EB20-D-01.090);

XVII - Portaria - EME/C Ex nº 969, de 9 de fevereiro de 2023, que aprova a Diretriz de Pessoal do Exército Brasileiro 2023-2027 (EB20-D-01.028);

XVIII - Portaria - DGP/C Ex nº 487, de 2 de abril de 2024, que aprova o Plano de Governança e Gestão do Departamento-Geral do Pessoal 2024-2027 (PG2-DGP/2024-2027), EB30-P-10.001, 1ª Edição, 2024;

XIX - Portaria - DEC/C Ex nº 075, de 25 de setembro de 2023, que aprova a Diretriz do Programa de Conformidade Ambiental do Sistema de Gestão Ambiental do Exército Brasileiro (EB50-D-04.001), 2ª Edição, 2023;

XX - Portaria nº 001-DEC, de 26 de setembro de 2011, que aprova as Instruções Reguladoras para o Sistema de Gestão Ambiental no âmbito do Exército (IR 50-20);

XXI - Resolução Normativa nº 338/ANS, de 21 de outubro de 2013, do Ministério da Saúde, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; e fixa as diretrizes de atenção à saúde;

XXII - Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 , que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

XXIII - Resolução COFEN nº 593/2018, de 5 de novembro de 1998, do Conselho Federal de Enfermagem, que normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde com Serviço de Enfermagem;

XXIV - Resolução CFM nº 2.152/2016, de 30 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde;

XXV - Resolução CFM nº 2.171/2017, de 30 de outubro de 2017, do Conselho Federal de Medicina, que Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA);

XXVI - Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde;

XXVII - Resolução CFM nº 1.821/2007, de 11 de julho de 2007, do Conselho Federal de Medicina, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde;

XXVIII - Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, que estabelece dos parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA tendo por objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador (NR 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA); e

XXIX - RUTSTEIN, D. D. et al. Eventos sentinelas de saúde (ocupacionais): uma base para o reconhecimento médico e a vigilância em saúde pública. American Journal of Public Health, n. 73, p. 1.054-62, 1983.

CAPÍTULO III

DAS PREMISSAS

Art. 3º O PASAM foi implantado com o intuito de aprimorar a segurança e a qualidade dos cuidados aos pacientes nas organizações militares de saúde do Exército Brasileiro (OMS), por meio do desenvolvimento de ferramentas de avaliação dos processos de saúde assistencial e da formação de avaliadores para o acompanhamento do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro.

CAPÍTULO IV

DA CAPACITAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 4º Os Estágios de Capacitação de Avaliadores para Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar no Exército Brasileiro serão realizados de acordo com a necessidade de formação de novos avaliadores e terá uma fase de educação à distância (EAD), com duração total de 4 (quatro) semanas.

§ 1º É recomendável a aplicação dos conhecimentos adquiridos no Estágio:

I - os concludentes deverão realizar a autoavaliação de sua OMS; e

II - acompanhar pelo menos uma das visitas do PASAM nos meses subsequentes ao Estágio.

§ 2º Serão considerados aptos a participarem do Estágio de Capacitação militares da ativa e Prestadores de Tarefa por Tempo Certo - PTTC (oficiais da Área de Saúde e/ou da Gestão), além de servidores civis (nível superior da Área de Saúde e/ou da Gestão).

CAPÍTULO V

DAS VISITAS DE DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Art. 5º As visitas de Diagnóstico Organizacional têm caráter educativo e diagnóstico nos processos de melhoria contínua da saúde assistencial militar nas OMS:

I - busca reforçar a cultura de segurança do paciente, identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, além de promover a cooperação interna entre as pessoas e entre os processos; e

II - são normalmente realizadas na primeira avaliação da OMS ou após um período maior de cinco anos sem ter sido avaliada.

CAPÍTULO VI

DAS VISITAS DE ACOMPANHAMENTO

Art. 6º As visitas de acompanhamento têm por finalidade verificar como as OMS desenvolvem a saúde assistencial militar com base nos relatórios de avaliação anteriores.

Parágrafo único. As visitas de acompanhamento têm por objetivo maior sincronizar os esforços de minimização das oportunidades de melhoria, no entanto, seu foco de avaliação compreende o nível de *compliance* da OMS e todos os critérios de verificação.

Art. 7º Serão objeto de visitas de acompanhamento periódico, de acordo com a disponibilidade orçamentária anual do Departamento-Geral do Pessoal (DGP), as OMS abaixo relacionadas:

I - Hospital Central do Exército - HCE (Rio de Janeiro – RJ);

II - Hospital Militar de Área de Brasília - HMAB (Brasília – DF);

III - Hospital Militar de Área de São Paulo - HMASP (São Paulo – SP);

IV - Hospital Militar de Área de Recife - HMAR (Recife – PE);

V - Hospital Militar de Área de Campo Grande - HMACG (Campo Grande – MS);

VI - Hospital Militar de Área de Manaus - HMAM (Manaus – AM);

VII - Hospital Militar de Área de Porto Alegre - HMAPA (Porto Alegre – RS);

VIII - Instituto de Biologia do Exército - IBEx (Rio de Janeiro – RJ);

IX - Hospital de Geral de Belém - H Ge Be (Belém – PA);

X - Hospital de Geral de Curitiba - H Ge C (Curitiba – PR);

XI - Hospital de Geral de Fortaleza - H Ge F (Fortaleza – CE);

XII - Hospital de Geral de Juiz de Fora - H Ge JF (Juiz de Fora – MG);

XIII - Hospital de Geral de Salvador - H Ge S (Salvador – BA);

XIV - Hospital de Geral de Santa Maria - H Ge SM (Santa Maria – RS);

XV - Hospital de Geral do Rio de Janeiro - H Ge RJ (Rio de Janeiro – RJ);

XVI - Odontoclínica Central do Exército - OCEx (Rio de Janeiro – RJ);

XVII - Hospital de Guarnição de João Pessoa - H Gu JP (João Pessoa – PB);

XVIII - Hospital de Guarnição de Alegrete - H Gu A (Alegrete – RS);

XIX - Hospital de Guarnição de Bagé - H Gu Ba (Bagé – RS);

XX - Hospital de Guarnição de Florianópolis - H Gu Fl (Florianópolis – SC);

XXI - Hospital de Guarnição de Marabá - H Gu Mba (Marabá – PA);

XXII - Hospital de Guarnição de Natal - H Gu N (Natal – RN);

XXIII - Hospital de Guarnição de Porto Velho - H Gu PV (Porto Velho – RO);

XXIV - Hospital de Guarnição de Santiago - H Gu Santiago (Santiago – RS);

XXV - Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira - H Gu SGC (SGC – AM);

XXVI - Hospital de Guarnição de Tabatinga - H Gu T (Tabatinga – AM);

XXVII - Hospital Militar de Resende - HMR (Rio de Janeiro – RJ);

XXVIII - Policlínica Militar da Praia Vermelha - PMPV (Rio de Janeiro – RJ);

XXIX - Policlínica Militar de Niterói - PMN (Niterói – RJ);

XXX - Policlínica Militar de Porto Alegre - PMPA (Porto Alegre – RS); e

XXXI - Policlínica Militar do Rio de Janeiro - PMRJ (Rio de Janeiro – RJ).

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º Os detalhes da execução das visitas de acompanhamento serão definidos em ordens de serviço a serem expedidas pelo DGP.

Art. 9º A Inspetoria de Saúde Regional deverá fazer o acompanhamento das atividades do PASAM, no período presencial das visitas, assim como, realizar as atividades do PASAM Regional nos Postos Médicos e Formações Sanitárias subordinadas/vinculadas.

Art. 10. A Divisão de Comunicação Social da OMS deverá fazer a cobertura fotográfica completa das atividades do PASAM e enviar o arquivo fotográfico para o DGP (Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar - PASAM/Assessoria de Planejamento e Gestão - APG).

Art. 11. Os casos omissos, duvidosos e não previstos, nestas IR serão submetidos à apreciação do Chefe do DGP.

ANEXO A
CADERNO DE ORIENTAÇÃO Nº 1 - PADRÕES DE AVALIAÇÃO

PROGRAMA
DE
ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR

CADERNO DE ORIENTAÇÃO Nº 1

PADRÕES DE AVALIAÇÃO

1ª Edição
2025

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Pág.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO..... 3
1.1 Finalidade 3
1.2 Considerações Iniciais 3
1.3 Principais Definições 3
CAPÍTULO II - FUNDAMENTOS..... 8
2.1 Bases para o Acompanhamento 8
2.2 Benefícios do Acompanhamento 8
CAPÍTULO III - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO..... 9
3.1 Generalidades 9
3.2 Gestão Organizacional 9
3.3 Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente 11
3.4 Gestão de Pessoas 13
3.5 Gestão do Cuidado ao Paciente 14
3.6 Gestão Logística 15
3.7 Gestão Administrativa e Financeira 17
3.8 Gestão da Comunicação 18
3.9 Segurança do Paciente 18
3.10 Plano de Segurança do Paciente (PSP) 19
3.11 Vigilância de Eventos Adversos 21
3.12 Prevenção e Controle de Infecções e Biossegurança 22
3.13 Controle da Informação do Paciente 24
3.14 Cuidado Centrado na Pessoa 25
3.15 Internação 26
3.16 Atendimento Ambulatorial 27
3.17 Atendimento Emergencial 29
3.18 Atendimento Cirúrgico 30
3.19 Cuidados Intensivos 32
3.20 Atendimento Obstétrico 33
3.21 Atendimento Neonatal 35

3.22 Assistência Nefrológica e Dialítica 36
3.23 Assistência Oncológica e Terapia Antineoplástica 38
3.24 Assistência Nutricional 39
3.25 Assistência Odontológica 41
3.26 Diagnóstico e Terapêutica 45
3.26.1 Análises Clínicas 45
3.26.2 Anatomia Patológica e Citológica 47
3.26.3 Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados 49
3.26.4 Diagnóstico por Imagem 51
3.26.5 Medicina Nuclear 53
3.26.6 Radioterapia 55
3.26.7 Radiologia Intervencionista 57
3.26.8 Métodos Endoscópicos e Videoscópicos 58
3.26.9 Assistência Hemoterápica 60
3.26.10 Medicina Oxigenioterapia Hiperbárica 62
3.26.11 Assistência Farmacêutica 63
3.27 Apoio Técnico e Logístico 65
3.27.1 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar 65
3.27.2 Higienização 66
3.27.3 Processamento de Materiais e Esterilização 68
3.27.4 Processamento de Roupas 69
3.27.5 Segurança da Infraestrutura 70
3.28 Auditoria em Saúde 71
3.28.1 Classificação 71
3.28.2 Auditoria Externa 71
3.28.3 Auditoria Prévia 74
3.28.4 Auditoria Concorrente 75
3.28.5 Auditoria Posterior 77
3.28.6 Auditoria Interna 78
CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES FINAIS 81

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

1.1 Finalidade

- Este caderno apresenta ao Sistema de Saúde do Exército os padrões a serem verificados nas avaliações das Organizações Militares de Saúde (OMS) e de sua governança, com base nos fundamentos do Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar inspirados inicialmente nos moldes do Manual Brasileiro de Acreditação.

1.2 Considerações Iniciais

1.2.1 O Acompanhamento em saúde no âmbito do Exército Brasileiro, cuja metodologia se inspira no Manual Brasileiro de Acreditação, é o processo por meio do qual uma equipe experiente e multidisciplinar de avaliadores, devidamente capacitada e sem vínculo com a OMS avaliada, realiza a avaliação da organização para verificar a adequação no cumprimento de protocolos e padrões definidos para garantir a segurança de pacientes e colaboradores e a qualidade do atendimento assistencial.

1.2.2 O Acompanhamento abrangerá todas as OMS e ocorrerá de maneira periódica, reservada, não sendo recomendada a difusão ostensiva de seus resultados.

1.2.3 O processo é permanentemente atualizado e aprimorado de acordo com as normas e comprovadas boas práticas que norteiam o atendimento assistencial de saúde.

1.2.4 O processo de Acompanhamento compreende dois tipos de avaliação:

a) de Diagnóstico; e

b) de Acompanhamento.

1.3 Principais Definições

1.3.1 Acompanhamento: é processo por meio do qual uma equipe experiente e multidisciplinar de avaliadores, conhecedora dos protocolos em saúde e sem vínculo com a OMS avaliada, verifica o cumprimento de leis, normas, protocolos e padrões definidos para garantir a segurança de pacientes e colaboradores e a qualidade do atendimento assistencial.

1.3.2 Ambiência na saúde: compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

1.3.3 Atividades de promoção à saúde: são quaisquer atividades relacionadas à saúde individual e/ou coletiva que visa a reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, ou seja, visa a estimular o autocuidado.

1.3.4 Avaliação de Diagnóstico: tem caráter educativo e diagnóstico nos processos de melhoria contínua da saúde assistencial militar nas OMS. Busca reforçar a cultura de Segurança do Paciente, identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, promover a cooperação interna entre as pessoas e entre os processos, e complementar a capacitação dos novos avaliadores.

1.3.5 Avaliação de Acompanhamento: verifica como as OMS desenvolvem a saúde assistencial militar com base nos relatórios de avaliação anteriores. Tem por objetivo identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, complementar a capacitação dos novos avaliadores, atualizar a governança de saúde e sincronizar os esforços de minimização das oportunidades de melhoria, verificando ainda o nível de compliance da OMS.

1.3.6 Avaliador: é a pessoa que foi capacitada para atuar no acompanhamento da saúde assistencial militar. São considerados avaliadores seniores aqueles que tenham atuado como avaliadores em pelo menos três avaliações de OMS, de qualquer tipo, e avaliadores juniores aqueles que ainda não atingiram essa marca.

1.3.7 Boas práticas: são os conjuntos de procedimentos experimentados em instituições de saúde e recomendados por órgãos de referência como a Organização Mundial de Saúde (WHO), o Ministério da Saúde, a ANVISA ou a Diretoria de Saúde.

1.3.8 Cadeia terapêutica: é a integração de diferentes saberes e responsabilidades na padronização, compra, estocagem, prescrição, distribuição e utilização de medicamentos.

1.3.9 Comissões de Apoio à Gestão: são constituídas em convergência com as estratégias e acompanhadas pelas chefias para implementação de ações de melhoria. Elas não são obrigatórias.

1.3.10 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS): é a Comissão que coordena as atividades de investigação, prevenção e controle visando reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Realiza o trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, onde os casos de infecções são detectados e analisados. Também realiza um trabalho em conjunto com a Farmácia Hospitalar no programa de racionalização do uso de antimicrobianos terapêuticos e profiláticos (Portaria MS nº 2.616, de 1998 e as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército, EB10-N-02.001, aprovadas pela Portaria - C Ex nº 850, de 2019).

1.3.11 Comissão de Ética de Enfermagem: representam os Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existe serviço de enfermagem, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais da área (Resolução COFEN nº 593, de 2018).

1.3.12 Comissão de Ética Médica: é um órgão dentro das OMS que apoia os trabalhos do Conselho Regional de Medicina, ao qual é subordinada e vinculada, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina. Ela é subordinada e vinculada ao respectivo Conselho Regional e tem ligação com a D Sau, por intermédio da Direção da OMS (Resolução CFM nº 2.152, de 2016 e as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército, EB10-N-02.001, aprovadas pela Portaria - C Ex nº 850, de 2019).

1.3.13 Comissão de Farmácia, Terapia e Padronização de Materiais e Medicamentos: é instância de caráter consultivo e de assessoria cujas ações estão voltadas às atividades que visam promover o uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar.

1.3.14 Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde: é composta pelo Oficial de Controle Ambiental e os membros necessários, os quais são responsáveis pela elaboração e implementação do Plano de Gestão Ambiental (PGA) e do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS), entre outras ações, com o apoio técnico da Seção de Meio Ambiente dos GEC, das RM e da Diretoria de Patrimônio Imobiliário e Meio Ambiente – DPIMA, de acordo com a Diretriz do Programa de Conformidade Ambiental do Sistema de Gestão Ambiental do Exército Brasileiro, EB50-D-04.001, 2ª Edição, 2023, aprovada pela Portaria - DEC/C Ex nº 075, de 2023.

1.3.15 Comissão de Revisão de Prontuário: avalia o preenchimento e o estado de conservação dos prontuários dos pacientes bem como promover sugestões de adequações dos formulários e fluxos de processos que implicam na qualidade dos prontuários e registros (Resolução CFM nº 1.638, de 2002 e as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército, EB10-N-02.001, aprovadas pela Portaria - C Ex nº 850, de 2019).

1.3.16 Comissão de Revisão de Óbitos: é quem faz a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal. Deverá ser composta por no mínimo três membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde (Resolução CFM nº 2.171, de 2017).

1.3.17 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA): é responsável pela prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Deve ser composta por representantes da Direção e integrantes da OMS e busca a harmonia entre o trabalho e a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador (NR 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA), de acordo com a Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022.

1.3.18 Contrarreferência: é a transferência de um paciente de um serviço de saúde especializado para uma unidade básica de saúde. É o caminho oposto da referência e deve ser definido por normas claras que estabeleçam mecanismos para o fluxo de pacientes, objetivando garantir a integralidade da assistência.

1.3.19 Dano: é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

1.3.20 Dispositivo Médico Implantável (DMI): é qualquer dispositivo, incluindo os que são parcial ou totalmente absorvidos, destinado a ser introduzido totalmente no corpo humano; ou a substituir uma superfície epitelial ou a superfície ocular, mediante intervenção clínica, e que se destine a permanecer neste local após a intervenção, ou ainda aquele destinado a ser introduzido parcialmente no corpo humano mediante intervenção clínica e a permanecer neste local após a intervenção por um período de, pelo menos, 30 (trinta) dias.

1.3.21 Equipe de Gestão de Riscos e Controle da OMS: é composta por um chefe e seus membros, que são definidos a critério do Diretor da OMS. A ela compete elaborar o Plano de Gestão de Riscos, definir indicadores de desempenho, avaliar, revisar e adequar o processo de gestão de riscos da OMS, de acordo com a Política de Gestão de Riscos do Exército Brasileiro, EB10-P-01.004, 2ª Edição, 2018, aprovada pela Portaria - C Ex nº 004, de 2019.

1.3.22 Evento Adverso (EA): é o incidente que resulta em dano ao paciente, causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta.

1.3.23 Eventos Sentinela: são ocorrências inesperadas ou variação nos processos envolvendo óbito, qualquer lesão física ou psicológica ou mesmo seu risco de ocorrer. De acordo com Rutstein e Cols (1983), evento sentinela é a detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada.

1.3.24 Farmacovigilância: é a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer outro problema relacionado a medicamentos.

1.3.25 Hemovigilância: é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas diferentes etapas a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e do receptor.

1.3.26 Incidente: é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

1.3.27 Incidente sem lesão: é o incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.

1.3.28 Limpeza Concorrente: é o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação.

1.3.29 Limpeza Terminal: é uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada).

1.3.30 Mecanismos de validação: são evidências documentadas que são estabelecidas para comprovar um alto grau de segurança a um processo específico, o que garante consistentemente que o produto esteja de acordo com as normas de qualidade.

1.3.31 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): é a Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

1.3.32 Odontologia Hospitalar: é a especialidade que se concentra nos cuidados das alterações bucais nos atendimentos com maior complexidade e visa diminuir o risco de infecções que têm origem na região bucal, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir o período de internação e conter o uso de medicamentos. A presença do cirurgião-dentista no atendimento de pessoas em internação foi a ideia central do Projeto de Lei nº 2.776, de 2008, e desde então tem tido repercussão na assistência odontológica para pacientes das UTIs, portadores de doenças crônicas e pessoas que são atendidas em regime domiciliar, inclusive no modelo de *home care*.

1.3.33 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.
1.3.33.1 Órtese: é peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico (Resolução Normativa - RN nº 338, de 2013, da Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS).

1.3.33.2 Prótese: é peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. Compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (RN nº 338, de 2013/ANS).

1.3.33.3 Materiais Especiais: são quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Anvisa.

1.3.34 Perfil Assistencial: é toda a oferta de atendimento ou de serviços assistenciais do hospital e por mudança a introdução de um novo serviço, o atendimento de um novo agravo ou a introdução de uma tecnologia, bem como a exclusão, a diminuição ou a ampliação de sua oferta.

1.3.35 Perfil Epidemiológico: é o estado de saúde de uma determinada comunidade. Traçar o perfil epidemiológico de uma população consiste de um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. Essa análise tem por objetivo elaborar o chamado “diagnóstico de saúde”.

1.3.36 Perfil Nosológico: é o conjunto de doenças prevalentes e/ou incidentes em uma determinada comunidade.

1.3.37 Perigo: é qualquer fenômeno que tenha o potencial de causar ruptura no processo ou danos às pessoas e ao seu ambiente. Cada perigo possui uma classificação de risco.

1.3.38 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): é um documento que descreve um conjunto de procedimentos que devem ser adotados pelos estabelecimentos médico-hospitalares com o objetivo de diminuir ou eliminar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública e do meio ambiente.

1.3.39 Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP): é o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

1.3.40 Potencial Evento Adverso: incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos (Near Miss). A antiga tradução "Quase Erro" não é mais usada, pois dá a falsa ideia de que não houve erro, quando na verdade este ocorreu, mas foi percebido antes de atingir o paciente.

1.3.41 Prontuário do Paciente: é um documento único, confeccionado em papel ou eletronicamente, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Tem caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Resolução CFM nº 1.638, de 2002).

1.3.42 Protocolos assistenciais: são documentos que padronizam o fluxo do manejo do paciente e são baseados nas evidências científicas encontradas na literatura e na experiência dos profissionais de saúde, sempre adaptados ao ambiente do serviço.

1.3.43 Referência: é a transferência de um paciente de uma unidade básica de saúde para um serviço de saúde especializado. É o caminho oposto da contrarreferência. Ambos devem ser definidos por normas claras que estabeleçam mecanismos para o fluxo de pacientes, objetivando garantir a integralidade da assistência.

1.3.44 Risco: é a probabilidade de ocorrência de um evento que afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

1.3.45 Segurança do paciente: é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

1.3.46 Serviço de Saúde: é o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

1.3.47 Suporte técnico: é toda atividade destinada à assessoria aos clientes internos, a fim de assegurar a eficácia do processo e notificação de resultados parciais alterados.

1.3.48 Tecnologias em Saúde: é o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

1.3.49 Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. Visa a segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "*in-vitro*").

CAPÍTULO II
FUNDAMENTOS

2.1. Bases para o Acompanhamento

2.1.1 A base do Acompanhamento nas OMS, conforme mostra a Figura 1, é a Segurança do Paciente, com vistas à redução dos eventos adversos que geram internações desnecessárias, aumentam o tempo de permanência do paciente na OMS e, até mesmo, podem levá-lo a óbito.

2.1.2 A outra grande componente da estrutura do sistema é a Garantia da Qualidade que somente será atingida com o cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Diretoria de Saúde e pela própria OMS.

2.1.3 O Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar visa a Excelência na Gestão de todo o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, desde a governança nos mais altos níveis até as Seções de Saúde nas Organizações Militares mais distantes.

Fig 1 – Fundamentos do PASAM

2.2 Benefícios do Acompanhamento

2.2.1 Reforça a cultura de Segurança do Paciente nas OMS, em consonância com a Organização Mundial da Saúde e com o Ministério da Saúde.

2.2.2 Reforça a cultura da qualidade nos serviços prestados e a busca da melhoria contínua.

2.2.3 Promove a cooperação interna entre os processos e entre as pessoas da OMS.

2.2.4 Atualiza a governança da saúde assistencial no Exército sobre as condições e o desempenho das OMS.

2.2.5 Identifica problemas sistêmicos relacionados aos serviços de saúde prestados pelas OMS.

2.2.6 Identifica os requisitos e os pontos nos quais atuar para a melhoria dos cuidados em saúde.

2.2.7 Identifica os pontos fortes e as oportunidades de melhoria.

CAPÍTULO III
PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO

3.1 Generalidades

3.1.1 Os Parâmetros de Avaliação foram desenvolvidos com base no Manual Brasileiro de Acreditação e servirão de referência para a avaliação da qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro.

3.1.2 Os Parâmetros de Avaliação são compostos de 6 (seis) seções, com seus fundamentos, que interagem entre si, permitindo com que a organização de saúde seja avaliada com uma consistência sistêmica.

3.1.3 As seções apresentam subseções, que tratam do escopo específico de cada serviço ou processo. Por princípio, todas possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação.

3.1.4 Para cada subseção, existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões procuram avaliar a estrutura, o processo e o resultado dentro de um único serviço ou processo.

3.1.5 A fim de simplificar o Caderno de Orientação e torná-lo mais claro e objetivo, foram suprimidas menções específicas sobre as referências de normas e de instituições que norteiam os cuidados na saúde. Portanto, deve ser considerado que as “normas vigentes” dizem respeito a toda legislação em vigor que deve ser aplicada em determinado processo, e que os “protocolos assistenciais” devem estar baseados e conter as diretrizes emanadas pelos órgãos oficialmente reconhecidos, como a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde, a ANVISA e a Diretoria de Saúde no Exército.

3.2 Gestão Organizacional

- Identifica o modelo de gestão adotado pela organização, aborda como o negócio da organização é conduzido por sua liderança e como esta liderança é exercida.

3.2.1 Liderança

- Compreende as ações planejadas e praticadas pela organização a fim de orientar e motivar os colaboradores para o alcance dos objetivos institucionais traçados.

3.2.2 Parâmetros:

a) institui o modelo de gestão, as políticas e as responsabilidades de cada um de seus integrantes, com foco na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados e dos serviços prestados à Família Militar;

b) classifica, identifica, promove e acompanha a interação dos processos organizacionais e avalia seu desempenho, de acordo com o modelo de gestão definido.

3.2.3 Itens de verificação:

a) a OMS possui o seu Plano de Gestão;

b) a identidade da OMS está definida em seu Plano de Gestão, por meio de missão, valores e visão de futuro;

c) o Plano de Gestão segue o modelo estabelecido pelo Exército Brasileiro;

d) o modelo de gestão estratégica, organizacional e operacional está alinhado com a governança corporativa da Instituição;

e) a Direção da OMS analisa os resultados das ações, a partir das determinações do escalão superior, ajustam as estratégias e diretrizes e atualiza o Plano de Gestão;

f) o Plano de Gestão é disseminado e executado na OMS;

g) as estratégias e os processos organizacionais são definidos no Plano de Gestão, considerando as referências legais e as evidências científicas;

h) os serviços ofertados pela OMS atendem ao perfil epidemiológico, nosológico e dos usuários da OMS;

i) o Plano de Gestão, ao avaliar o ambiente interno, identifica e utiliza as informações essenciais dos serviços prestados;

j) as chefias estão comprometidas com a execução do Plano de Gestão, aprovado pelo Escalão Superior, e proporcionam condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades previstas para a OMS;

k) o Comitê de Gestão de Riscos e Controle da OMS é constituído e acompanhado pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

l) a Comissão de Revisão de Prontuário é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

m) a Comissão de Revisão de Óbitos é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

n) a Comissão de Ética Médica é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

o) a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

p) a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

q) a Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

r) a Comissão de Farmácia, Terapia e Padronização de Materiais e Medicamentos é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

s) a Comissão de Ética de Enfermagem é constituída e acompanhada pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

t) o Núcleo de Segurança do Paciente é constituído e acompanhado pelas chefias para implementação de ações de melhoria;

u) as chefias amparam suas decisões em análises críticas dos indicadores de desempenho, focados na satisfação do usuário e na entrega dos serviços que materializam o cumprimento da missão da OMS;

v) a OMS estabelece política documentada de gestão da qualidade, incluindo a gestão de riscos;

w) a OMS estabelece política documentada de comunicação institucional;

x) a OMS estabelece política documentada para a gestão de pessoas;

y) a OMS estabelece política documentada para a gestão de custos;

z) a OMS estabelece política documentada de consentimento informado e esclarecido;

aa) a OMS estabelece política documentada para a gestão das informações da organização;

bb) a OMS estabelece política documentada para a gestão ambiental;

cc) a OMS estabelece política documentada para a gestão de fornecedores de serviços e produtos;

dd) a OMS estabelece política documentada de segurança do paciente;

ee) as chefias incentivam a realização de ações voltadas para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente e estabelecem indicadores que permitam avaliar o cumprimento das metas internacionais no âmbito da OMS;

ff) as chefias estão comprometidas com a preservação dos direitos dos pacientes, tais como: privacidade, confidencialidade, segurança, dignidade e respeito;

gg) as chefias estabelecem as responsabilidades dos pacientes e asseguram a sua comunicação efetiva;

hh) as chefias incentivam e acompanham as cooperações técnicas para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa;

ii) a Direção da OMS define os canais de divulgação para os colaboradores e pacientes a fim de apresentar os serviços prestados e seu desempenho;

jj) os documentos oficiais seguem o estabelecido nas Instruções Gerais para a Correspondência do Exército (EB10-IG-01.001), e nas Instruções Gerais para as Publicações Padronizadas do Exército (EB10-IG-01.002);

kk) a Direção da OMS define a metodologia e as responsabilidades para a aprovação dos documentos internos e protocolos;

ll) as chefias estruturam e definem as responsabilidades pelo sistema de medição, alinhando e correlacionando aos objetivos estratégicos organizacionais;

mm) a Direção da OMS constrói a cadeia de valor da organização, considerando os macroprocessos finalísticos, gerenciais e de apoio, estabelecendo suas interações;

nn) os macroprocessos da organização são mapeados e interagem entre si;

oo) as chefias acompanham e monitoram os resultados dos processos, de acordo com as estratégias definidas e diretrizes estabelecidas, promovendo ações de melhoria;

pp) a Direção acompanha os resultados dos protocolos assistenciais e implementa ações de melhoria;

qq) os chefes definem e monitoram a utilização e eficácia dos canais de comunicação da OMS; e

rr) a Direção da OMS avalia o resultado e define ações de melhoria voltadas para a manutenção da cultura de segurança do paciente.

3.3 Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente

- Compreende diretrizes para o planejamento e acompanhamento das atividades relativas à gestão e melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

3.3.1 Parâmetros:

a) desenvolve um modelo de gestão sistêmica com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços; e

b) estabelece mecanismos para gerenciar o cumprimento do modelo de gestão e a adoção de melhorias a partir dos resultados obtidos.

3.3.2 Itens de verificação:

a) a OMS estabelece método de padronização, elaboração, validação, acompanhamento da aprovação, disponibilização, atualização e controle de documentos, elaborados de acordo com o previsto pela Diretoria de Saúde;

b) a OMS estabelece uma sistemática para a padronização e implantação dos protocolos e procedimentos pertinentes aos processos assistenciais, processos de apoio e gerenciais;

c) a OMS estabelece sistema de notificação de incidentes e eventos adversos;

d) a OMS estabelece um fluxo prioritário para a notificação e controle de incidentes com dano grave e catastrófico;

e) a OMS estabelece os protocolos institucionais de segurança do paciente e atendimento das doenças de maior prevalência e gravidade, com base em diretrizes e evidências científicas;

f) a OMS elabora e segue o Plano de Gestão de Riscos, de acordo com a legislação em vigor;

g) a OMS estabelece regras de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência;

h) a OMS estabelece protocolo institucional de transporte intra e extra-hospitalar dos pacientes;

i) a OMS estabelece protocolo institucional de transição do cuidado nas passagens de plantão, bem como nas transferências internas e externas, com troca de informação para a continuidade da assistência;

j) a OMS estabelece protocolo institucional com critérios para identificação de sinais de deterioração clínica e atendimentos dos pacientes;

k) a OMS estabelece sistemática para investigação, classificação, análise e tratamento de incidentes e eventos adversos;

l) a OMS estimula a identificação e a notificação de Potenciais Eventos Adversos (*near miss*);

m) a OMS envolve a equipe multidisciplinar no processo de tratativa dos incidentes e eventos adversos;

n) a OMS estabelece sistemática para identificação, priorização e implantação de ações para a diminuição ou eliminação dos riscos dos processos que impactam na assistência ao paciente;

o) a OMS estabelece sistemática para apoiar o acompanhamento dos indicadores estratégicos e tomadas de decisão;

p) a OMS estabelece sistemática para a coleta de indicadores e definição de metas relativas aos processos assistenciais e de adesão aos protocolos implantados;

q) a OMS estabelece sistemática para a definição de indicadores e realização da análise crítica para o atingimento de metas;

r) a OMS apoia e acompanha a análise dos resultados dos indicadores e implementação de ações para melhoria;

s) a OMS estabelece sistemática para a formalização do mapeamento dos processos, com identificação de suas entradas e saídas; clientes e fornecedores; prazos; direitos e deveres, e as atividades que agregam valor;

t) a OMS estabelece sistemática para o acompanhamento da aderência e gerenciamento dos protocolos institucionais, apoiando a implantação de ações de melhoria;

u) a OMS estabelece sistemática para o acompanhamento da aderência e gerenciamento dos protocolos de segurança do paciente e protocolos das doenças de maior prevalência e gravidade, apoiando a implantação de ações de melhoria para a diminuição de incidentes e eventos adversos;

v) a OMS estabelece sistemática para o acompanhamento do gerenciamento dos processos assistenciais e de apoio, e implantação de melhorias nos processos e procedimentos implantados;

w) a OMS estabelece sistemática para a realização de auditorias clínicas periódicas avaliando os cuidados de saúde prestados e apoiando a implantação de ações de melhoria;

x) a OMS estabelece sistemática para a realização de auditorias internas para a melhoria dos processos da organização, apoiando a implantação de ações de melhorias; e

y) a OMS estabelece sistemática para a constituição e acompanhamento dos comitês e comissões institucionais.

3.4 Gestão de Pessoas

- Compreende a organização e coordenação das atividades de planejamento de pessoal, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas.

3.4.1 Parâmetros:

a) estrutura e desenvolve a gestão de pessoas, alinhada às competências essenciais da instituição, com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços; e

b) coordena o modelo de gestão de pessoas, adequando as competências individuais às institucionais para o alcance das estratégias.

3.4.2 Itens de verificação:

a) a OMS possui profissionais com as qualificações requeridas pelo perfil epidemiológico da população atendida;

b) as funções exercidas possuem as suas responsabilidades bem definidas;

c) o processo de seleção de pessoal procura completar os claros deixados pelos desligamentos e transferências, observando a qualificação requerida;

d) o credenciamento e admissão de pessoas e a consequente atualização das informações possui procedimento definido;

e) a OMS gerencia o corpo clínico;

f) os regimentos das categorias estão alinhados às políticas do Escalão Superior, atualizados, disseminados e cumpridos;

g) a OMS gerencia a documentação e os registros referentes à segurança e saúde ocupacional, dos profissionais terceirizados, consubstanciado no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);

h) a OMS estabelece programas especiais focados na qualidade de vida e saúde e adaptados ao perfil epidemiológico das pessoas;

i) a OMS estabelece o Comitê e Equipes de Gestão de Riscos e Controles para gerir os riscos ocupacionais de acordo com o tipo de OMS;

j) a OMS analisa e implementa ações de melhoria para os programas relativos à qualidade de vida e saúde dos colaboradores;

k) a OMS capacita os profissionais para lidar com situações de riscos patrimoniais ou físicos;

l) a OMS identifica os riscos existentes nos processos de gestão de pessoas e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

m) a OMS estabelece um programa de integração e acompanhamento de novos integrantes na organização;

n) a OMS avalia os resultados do programa de integração e acompanhamento de novos integrantes na organização e promove ações de melhoria;

o) a OMS valoriza, capacita e acompanha o trabalho das chefias;

p) a OMS identifica as necessidades de capacitação e desenvolvimento de pessoal para exercer funções atuais e futuras, de acordo com a estratégia organizacional e as competências requeridas;

q) a OMS planeja e realiza programas de capacitação e desenvolvimento de pessoal, conforme as necessidades apuradas e os resultados da avaliação de desempenho individual e das equipes de processos;

r) a OMS avalia a efetividade dos programas de capacitação e desenvolvimento de pessoal, com base no desempenho;

s) a OMS promove e desenvolve a cultura de aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, inovações e a interação entre as áreas clínica e gerencial, para a obtenção dos melhores resultados;

t) a OMS estabelece ações para a retenção do conhecimento desenvolvido na organização, por meio de elaboração e atualização de protocolos e fluxos de trabalho;

u) a OMS analisa e avalia os resultados das ações da gestão de pessoas em consonância com as estratégias definidas e propondo melhorias; e

v) a OMS avalia o desempenho de pessoal de maneira alinhada com as competências exigidas pela organização.

3.5 Gestão do Cuidado ao Paciente

- Define ações voltadas para a recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes, sistematizadas de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, com articulação e comunicação eficiente entre unidades e com outras organizações de saúde, para o encaminhamento e o retorno de pacientes, ofertado com padrões de qualidade adequados à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

3.5.1 Parâmetro:

- Define as ações voltadas à agilidade na identificação das necessidades do paciente e articula as relações necessárias para a continuidade do cuidado.

3.5.2 Itens de verificação:

a) a OMS demonstra condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento, de acordo com o perfil da organização;

b) a OMS define fluxos e critérios para admissão de pacientes, incluindo os provenientes de outras organizações e serviços;

c) a OMS demonstra que os serviços de remoção, próprios ou não, são qualificados para o transporte seguro dos pacientes;

d) a OMS define fluxos e critérios para a alta ou transferência de pacientes;

e) a OMS estabelece o método de articulação com a rede de referência e contrarreferência, e monitora a sua eficácia;

f) a OMS planeja o acesso considerando as peculiaridades individuais dos pacientes e familiares, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais;

g) a OMS define planos de contingências que promovam a continuidade do acesso; e

h) a OMS institui método sistemático de acompanhamento da eficiência dos objetivos definidos e metas propostas, por meio de indicadores de resultados, processos e equilíbrio.

3.6 Gestão Logística

3.6.1 Atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade, disponibilização e desfazimento de materiais, insumos e serviços.

3.6.2 Atividades relacionadas ao planejamento e ao gerenciamento da estrutura físico-funcional, das instalações, mobiliário e equipamentos.

3.6.3 Parâmetros:

a) planeja, qualifica e controla de forma eficiente os recursos entrantes nos depósitos das OMS, necessários para a execução dos diversos processos;

b) assegura uma estrutura físico-funcional apropriada ao perfil e complexidade da OMS;

c) integra e gerencia todos os parâmetros da cadeia de suprimentos e fornecimento de serviços de todos os Órgãos de Direção Setorial (ODS) que se relacionam com suas OMS; e

d) persegue melhorias no desempenho da OMS por meio do gerenciamento adequado das condições da infraestrutura da organização e da busca constante do aprimoramento.

3.6.4 Itens de verificação:

a) a Fiscalização Administrativa e os setores ligados a ela possuem o pessoal, os insumos e serviços críticos para o seu bom funcionamento;

b) os setores ligados à Fiscalização Administrativa qualificam e avaliam o desempenho dos fornecedores de insumos e serviços críticos, de acordo com os critérios previamente definidos em editais;

c) a OMS toma providências relativas aos seus fornecedores, com base na análise de desempenho, no sentido de mudança de cultura, valorizando a ética e o comprometimento com a missão do ente público;

d) a obtenção de suprimentos é baseada em critérios técnicos e no perfil das OMS;

e) as aquisições são realizadas de acordo com a padronização de materiais, insumos e serviços, realizadas por critérios técnicos e multidisciplinares;

f) as especificidades e as necessidades da OMS são atendidas por meio da estruturação adequada dos processos de aquisições;

g) a OMS estabelece ou cumpre critérios adequados para o recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos;

h) os materiais, insumos e serviços são disponibilizados conforme metodologia que permite sua rastreabilidade;

i) a OMS estabelece critérios bem definidos para o recebimento e avaliação dos serviços prestados;

j) os riscos relacionados aos processos de gestão de suprimentos, insumos e serviços estão corretamente identificados e existe um plano de ação para atenuá-los;

k) a OMS segue diretrizes viáveis para o cumprimento dos requisitos logísticos relacionados à farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;

l) a OMS possui e utiliza um protocolo ou procedimento formal que contemple a solicitação, aquisição, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle de OPME;

m) a OMS possui planos de contingência para eventuais faltas de recursos e interrupções dos fluxos de suprimentos;

n) a OMS estabelece instruções ao público interno quanto ao uso adequado e a conservação dos meios e insumos distribuídos;

o) a OMS estabelece ou cumpre normas e critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos;

p) a OMS elabora e implementa um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) que contemple as atividades de segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados;

q) a infraestrutura da OMS viabiliza a execução de todos os processos de trabalho de forma segura;

r) a OMS gerencia as condições de estrutura físico-funcional para a segurança dos profissionais, usuários e demais circundantes;

s) os gestores identificam, planejam e implementam as ações para a realização das obras e reformas, com a participação de equipe multidisciplinar;

t) a OMS promove a ambiência da estrutura físico-funcional;

u) as instalações da OMS possuem projetos atualizados, regularizados e em conformidade com o edificado;

v) as alterações na infraestrutura ocorrem mediante planejamento materializado no Plano Diretor da OMS;

w) todas as intervenções na infraestrutura são registradas no Sistema OPUS e autorizadas pelo Departamento de Engenharia e Construção do Exército (DEC);

x) a edificação respeita as condições de acessibilidade para as pessoas com necessidades especiais;

y) os gestores planejam e implementam, sistematicamente, a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo a metrologia local;

z) a OMS possui mecanismos para monitoramento dos fornecedores críticos no tocante aos quesitos de pontualidade, qualidade dos produtos e serviços e regularidade da situação fiscal;

aa) a OMS segue as normas para o manejo dos resíduos para evitar ou minimizar os impactos ambientais, conforme as orientações da ANVISA e da DPIMA;

bb) as ações de melhoria são implementadas com base no acompanhamento e análise de resultados dos processos internos;

cc) A OMS identifica e monitora os riscos nos processos relacionados à gestão da infraestrutura físico funcional e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

dd) os gestores monitoram as ações tomadas para diminuição de riscos e promovem a melhoria contínua;

ee) os gestores acompanham e avaliam as condições da infraestrutura físico-funcional, realizando as adequações necessárias; e

ff) os impactos das adequações e reformas são avaliados para verificação de sua efetividade.

3.7 Gestão Administrativa e Financeira

- Atividades relacionadas ao planejamento, organização e avaliação da performance da instituição.

3.7. 1 Parâmetros:

a) planeja, promove e controla os recursos necessários para o alcance das estratégias institucionais; e

b) promove a sinergia e a fluidez necessária para a melhoria da performance institucional.

3.7.2 Itens de verificação:

a) a OMS estabelece as ferramentas de gerenciamento para a melhoria dos processos;

b) a OMS segue o modelo de gerenciamento de custo estabelecido pelo Escalão Superior;

c) o setor identifica o macroprocesso que lhe corresponde na cadeia de valor e gerencia as relações entre os processos;

d) o setor estrutura, acompanha e avalia a satisfação dos clientes, promovendo ações de melhoria;

e) a OMS estabelece ou cumpre os critérios para a qualificação de fornecedores, baseados na documentação, auditoria no local, além de outros aspectos relevantes, com ênfase na avaliação do desempenho;

f) a OMS estabelece ou cumpre os critérios para a segurança, consistência e rastreabilidade da informação;

g) a OMS estabelece ou cumpre programas para o uso racional dos recursos financeiros;

h) a OMS estabelece ou cumpre programas para o uso racional dos insumos;

i) a OMS estabelece ou cumpre programas para o uso racional de pessoas (recursos humanos);

j) a OMS estabelece ou cumpre programas para o uso racional dos recursos ambientais;

k) a OMS identifica os riscos dos processos relacionados à gestão administrativa e desenvolve ações para eliminá-los ou minimizá-los;

l) a OMS utiliza informações essenciais de gestão administrativa, considerando os relatórios elaborados pelos Centros de Gestão, Contabilidade e Finanças do Exército (CGCFEx);

m) a OMS gerencia os documentos padronizados por meio de padronização, elaboração, validação, distribuição, acompanhamento da aprovação, disponibilização, atualização e controle de documentos obsoletos;

n) a OMS cumpre a metodologia estabelecida pelo Escalão Superior para o gerenciamento dos processos;

o) a OMS acompanha e avalia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria; e

p) a OMS acompanha, avalia e controla os custos dos diferentes processos e serviços.

3.8 Gestão da Comunicação

- Estabelece meio de comunicação externa e interna contemplando paciente e acompanhantes, profissionais de serviços de saúde, fontes pagadoras, sociedade, órgãos de classe e terceiros, inclusive em situações de crise.

3.8.1 Parâmetros:

a) estabelece meio de comunicação com os públicos interno e externo; e

b) estabelece modelo para gestão da comunicação relevante para a OMS, tornando as informações acessíveis a todos os interessados no intuito de promover a sinergia e a fluidez necessária para a melhoria da performance institucional.

3.8.2 Itens de verificação:

a) a OMS dimensiona pessoal, recursos tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço;

b) a OMS elabora e implementa um Plano de Comunicação Social, levando em consideração o planejamento do escalão superior e a sua realidade, ou ao menos define políticas e diretrizes para a comunicação na organização;

c) a OMS estabelece canais de comunicação externa com a sociedade, órgãos de classe, terceiros e meios de comunicação, de forma periódica e em situação de crise;

d) a OMS estabelece canais de comunicação institucional entre diferentes níveis hierárquicos e para os diferentes perfis profissionais;

e) a OMS estabelece canais de comunicação interna com o paciente e acompanhantes, assegurando o recebimento, a análise e o tratamento das notificações por meio de um serviço estruturado em um modelo “Posso Ajudar” e “Fale Conosco”, coordenados por um Serviço de Ouvidoria; e

f) a OMS avalia a efetividade dos diferentes canais de comunicação, promovendo ações de melhoria.

3.9 Segurança do Paciente

- Refere-se aos processos relacionados à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente do serviço de saúde, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

3.9.1 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

- Ações voltadas para a criação, disponibilização de pessoal, recursos financeiros e material para o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), bem como para a gestão de riscos relacionados à assistência na instituição de saúde.

3.9.2 Parâmetros:

a) garante o pleno funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP); e

b) acompanha a eficiência das ações relacionadas ao NSP, promovendo melhorias.

3.9.3 Itens de verificação:

a) o serviço de saúde possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nomeado pela direção da OMS;

b) há um profissional responsável pelo NSP com suas atribuições estabelecidas;

c) a direção do serviço de saúde disponibiliza pessoal, instalações exclusivas, equipamentos, insumos e materiais para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP;

d) o NSP promove ações para a gestão do risco assistencial na instituição;

e) o NSP desenvolve ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

f) o NSP promove mecanismos para a identificação e avaliação da existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas de forma sistemática;

g) o NSP mantém protocolos de segurança do paciente atualizados e implantados;

h) o NSP mantém programa de capacitação contínua dos profissionais para as práticas de segurança do paciente, com registro das participações;

i) o setor desenvolve ações para a identificação e notificação de incidentes, Eventos Adversos e Potenciais Eventos Adversos (*near miss*), gerando ações preventivas;

j) o NSP implementa medidas efetivas para mitigação dos riscos assistenciais, considerando as notificações e buscas ativas realizadas;

k) o NSP analisa, avalia e monitora os dados e seus indicadores sobre incidentes e eventos adversos (EA) decorrentes da prestação de assistência à saúde;

l) o NSP compartilha e divulga os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação de assistência à saúde à direção e aos profissionais da instituição;

m) o NSP acompanha as ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP);

n) o NSP é cadastrado no sistema da ANVISA; e

o) o NSP notifica os EA no sistema da ANVISA e mantém as notificações disponíveis às autoridades sanitárias.

3.10 Plano de Segurança do Paciente (PSP)

- Refere-se ao estabelecimento por escrito de estratégias, protocolos e procedimentos voltados para a segurança do paciente, e também, às medidas práticas adotadas para cumprir as metas de segurança do paciente e realizar sistematicamente a gestão de risco da saúde assistencial na OMS.

3.10.1 Parâmetros:

a) estabelece protocolos para a liderança e para os profissionais estabelecerem e avaliarem ações para promover a segurança e a qualidade nos processos de trabalho dos serviços de saúde;

b) coloca em prática as estratégias e protocolos preconizados no PSP e nas normas em que se baseia; e

c) garante ações de gestão de risco integradas, pautadas na realidade local, promovendo um ambiente seguro na organização de saúde.

3.10.2 Itens de verificação:

a) o serviço de saúde possui Plano de Segurança do Paciente (PSP) elaborado, atualizado e implantado;

b) o PSP está disponível para todos os profissionais da instituição;

c) o PSP estabelece barreiras nos processos para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

d) a OMS identifica os pacientes através de 2 (dois) identificadores relacionados ao indivíduo e evita aqueles que se referem ao local do paciente no hospital;

e) a OMS identifica os pacientes antes destes serem submetidos a procedimentos diagnósticos, tratamentos e outros procedimentos;

f) a OMS assegura a correta identificação dos pacientes em casos especiais, como para os comatosos ou recém-nascidos que não receberam nome imediatamente após o nascimento;

g) a OMS possui e emprega protocolo específico para relatar resultados críticos de exames de diagnóstico com prioridade;

h) a OMS possui e emprega protocolo específico, com formulários e ferramentas de comunicação para transição de cuidados;

i) a prescrição verbal ocorre somente em casos de iminente risco de morte e apresenta protocolo específico implementado e divulgado;

j) os resultados completos de exame, quando necessariamente fornecidos por telefone, são registrados e relidos pelo receptor e confirmados pelo indivíduo, que está fornecendo o resultado;

k) a OMS possui, implementa e monitora um protocolo para prescrição, dispensação e administração segura de medicamentos de alta vigilância, que contemple uma lista de medicamentos com aparência, grafia ou som semelhantes;

l) a OMS possui, implementa e monitora um protocolo para prescrição, dispensação e administração segura de eletrólitos concentrados;

m) os eletrólitos concentrados são armazenados somente em unidades de cuidados de pacientes onde os mesmos eletrólitos são necessários, sendo devidamente etiquetados e armazenados de forma a restringir o acesso e promover o uso seguro;

n) o PSP implementa um protocolo de segurança cirúrgica completo quanto à cirurgia segura, baseado no MS, utilizando uma lista de verificação que contempla as ações de *sign in*, *time out* e *sign out*;

o) o *sign* in é realizado antes de o paciente adentrar a sala operatória, identificando o paciente, o procedimento e o local corretos, verificando os riscos anestésicos e de sangramento, a checagem da documentação do paciente requerida e do consentimento informado, além da disponibilidade e do correto funcionamento de equipamentos e outros insumos, tais como sangue e derivados e dispositivos implantáveis;

p) a marcação da lateralidade ocorre em todo o hospital para procedimentos cirúrgicos/invasivos que a requeiram e é feita pelo profissional que realizará o procedimento, envolvendo o paciente, sempre que a condição deste permitir;

q) a equipe completa participa ativamente de um processo de *time out*, contemplando a checagem do paciente correto, o procedimento correto e o local correto;

r) o *sign out* é realizado antes de o paciente deixar a sala de procedimento, verificando a contagem de instrumentais, compressas, agulhas e etiquetagem de peças para exames, checando demais detalhes relativos à identificação e condições do paciente, bem com seu setor de destino;

s) a OMS possui e implementa um protocolo para procedimentos médicos e odontológicos para propiciar a realização segura de procedimentos cirúrgicos/invasivos fora do centro cirúrgico (CC);

t) a OMS possui e implementa um protocolo de higienização das mãos em todas as dependências da Unidade, com previsão e instituição de educação permanente relacionada ao tema para todos os profissionais de saúde;

u) a OMS disponibiliza os meios necessários, em toda a Unidade, para a correta higienização das mãos, bem como assegura condições para a realização contínua de campanha de conscientização relacionada ao tema para todos os profissionais de saúde e usuários;

v) a OMS possui e implementa um protocolo de avaliação e intervenção de risco de queda para todos os pacientes internados, contemplando o uso de ferramentas adequadas, para cada perfil de paciente, documentando as intervenções realizadas;

w) a OMS possui e implementa um protocolo de avaliação e intervenção para o risco de lesão por pressão para todos os pacientes internados, contemplando o uso de ferramentas adequadas para cada perfil de paciente, documentando as intervenções realizadas;

x) o hospital implementa um processo para a reavaliação e acompanhamento de pacientes internados que podem se tornar em risco de queda e de lesão por pressão, devido a uma mudança de condição, ou que já estejam em risco com base na avaliação documentada;

y) a OMS possui e implementa um protocolo de avaliação e intervenção de risco de queda para todos os pacientes externos, descrevendo medidas e intervenções implementadas para reduzir esse risco no processo de triagem, que devem ser documentadas quando aplicadas;

z) o PSP estabelece estratégias e ações para estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; e

aa) o PSP estabelece estratégias e ações para promover um ambiente seguro.

3.11 Vigilância de Eventos Adversos

- Processos que visam à promoção da cultura de investigação para a melhoria contínua de seus processos, por meio dos dados coletados.

3.11.1 Parâmetros:

a) contribui para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, tornando mais seguro o cuidado em saúde; e

b) organiza informações seguras sobre o Evento Adverso/incidente a fim de permitir a identificação e intervenção nos riscos existentes.

3.11.2 Itens de verificação:

a) a notificação dos Eventos Adversos (EA) obedece, exceto os que geraram óbitos, aos prazos estabelecidos na legislação vigente, mensalmente até o 15º (décimo-quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância;

b) o setor desenvolve ações para a identificação e notificação de Potencial Evento Adverso (*near miss*) gerando ações preventivas;

c) o setor cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e Eventos Adversos;

d) a notificação dos óbitos é realizada até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido;

e) as notificações dos EA que geraram óbito e os eventos graves têm todas as etapas da ferramenta de notificação preenchidas;

f) as notificações obedecem ao prazo de 60 (sessenta) dias corridos a partir da data de notificação para serem encerradas;

g) as notificações dos EA que geraram óbito e os eventos graves têm o "Relatório Descritivo de Investigação de Evento Adverso Grave e Óbito" preenchido, conforme o formulário definido pelo MS;

h) o NSP realiza anualmente a autoavaliação das práticas de segurança do paciente, no caso de hospital que tenha leitos de terapia intensiva;

i) o NSP realiza busca ativa de eventos ocorridos relacionados à segurança do paciente;

j) o NSP realiza as etapas de investigação dos incidentes ocorridos relacionados à assistência e as documenta;

k) a OMS utiliza ferramentas para gestão de riscos a fim de prevenir a ocorrência de incidentes relacionados à assistência;

l) o NSP utiliza efetivamente os indicadores relacionados aos protocolos do Plano de Segurança do Paciente para monitoramento da qualidade e segurança da assistência; e

m) os resultados apurados nas investigações conduzidas pelo NSP são compartilhados com a liderança e colaboradores da OMS.

3.12 Prevenção e Controle de Infecções e Biossegurança

- Atividades, diretrizes e ações sistemáticas e contínuas destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos de infecção, com a máxima redução de incidência e gravidade, objetivando a proteção dos pacientes, dos profissionais de saúde e da população.

3.12.1 Parâmetros:

a) garante o pleno funcionamento do Serviço de Controle de Infecção; e

b) acompanha a atuação do Serviço de Controle de Infecção, promovendo melhorias.

3.12.2 Itens de verificação:

a) o Serviço de Controle de Infecção possui profissionais com competências e capacitação compatíveis para atender as necessidades da organização relacionadas às práticas de prevenção, controle de infecções e Eventos Adversos, previstas no “Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde”;

b) o Serviço de Controle de Infecção conta com pessoal, recursos tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço;

c) o Serviço de Controle de Infecção identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço;

d) o Serviço de Controle de Infecção gerencia a efetividade dos treinamentos, promovendo ações de melhoria;

e) o Serviço de Controle de Infecção estabelece protocolos para prevenção de infecções associadas à assistência;

f) a OMS planeja, promove e divulga ações de prevenção e controle de infecção e biossegurança, com base em evidências científicas e na legislação em vigor;

g) a OMS estabelece programas e capacitação para higienização das mãos;

h) o Serviço de Controle de Infecção estabelece critérios para a manutenção de precauções e isolamentos na organização, incluindo a previsão de uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI;

i) o Serviço de Controle de Infecção planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

j) o Serviço de Controle de Infecção possui comunicação efetiva com as áreas assistenciais e de apoio para assegurar as práticas de prevenção do “Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde e de Eventos Adversos”;

k) o Serviço de Controle de Infecção monitora a adesão às ações de prevenção e controle de infecção e biossegurança previstas no “Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde”;

l) o Serviço de Controle de Infecção desenvolve ações de vigilância ativa, comunicação e educação para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana;

m) o Serviço de Controle de Infecção desenvolve ações de vigilância ativa para prevenção de infecções de sítio cirúrgico;

n) o Serviço de Controle de Infecção desenvolve ações de vigilância epidemiológica;

o) o Serviço de Controle de Infecção monitora o uso racional de antimicrobianos e seus resultados, promovendo ações de melhoria;

p) o Serviço de Controle de Infecção gerencia as práticas de higienização das mãos, promovendo ações de melhoria;

q) o Serviço de Controle de Infecção monitora as ações de biossegurança e seus resultados;

r) o Serviço de Controle de Infecção monitora a situação de epidemias e doenças emergentes desenvolvendo planos de contingência para atendimento;

s) o Serviço de Controle de Infecção promove análise crítica das taxas de infecção relacionadas à saúde, dando suporte técnico à equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

t) o Serviço de Controle de Infecção identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

u) o Serviço de Controle de Infecção estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

v) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente o Serviço de Medicina e Saúde Ocupacional nas práticas de imunização dos profissionais da organização;

w) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente na elaboração e na implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

x) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente o Serviço de Medicina e Saúde Ocupacional nas práticas de prevenção de acidente com material de risco biológico;

y) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente às áreas assistenciais quanto ao estabelecimento e monitoramento de protocolos;

z) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente o serviço de processamento de materiais e esterilização quanto à política de limpeza e desinfecção de instrumentais e materiais médico-hospitalares;

aa) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente para as medidas de higienização do ambiente;

bb) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente para as medidas de lavagem e desinfecção de roupas;

cc) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente para as medidas de controle que asseguram a qualidade da água;

dd) o Serviço de Controle de Infecção assessora tecnicamente para as medidas de controle em situações de reformas;

ee) o Serviço de Controle de Infecção dispõe de plano de contingência para atender situações de surtos internos de infecção;

ff) o Serviço de Controle de Infecção gerencia a efetividade das ações de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana, promovendo ações de melhoria;

gg) o Serviço de Controle de Infecção acompanha e analisa o perfil microbiológico das culturas dos pacientes com infecção relacionada à assistência à saúde, promovendo ações de melhoria; e

hh) o Serviço de Controle de Infecção acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria.

3.13 Controle da Informação do Paciente

- Contempla o conjunto da segurança dos dados e informações em meio físico e digital, considerando a coleta, a integração, a organização, o controle, a disponibilização, a movimentação, o recebimento, o armazenamento, a conservação e o descarte das informações, de acordo com a legislação vigente.

3.13.1 Parâmetros:

a) mantém os dados do paciente seguros, íntegros, consistentes e disponíveis em tempo hábil, permitindo a continuidade do cuidado e a qualidade da prática clínica; e

b) gerencia as informações do paciente, promovendo a sinergia e a fluidez entre processos, gerando ações de melhoria.

3.13.2 Itens de verificação:

a) a OMS estabelece diretrizes sobre a organização do prontuário do paciente e padronização sobre o que deve obrigatoriamente constar nele;

b) a OMS estabelece mecanismos e procedimentos para o fluxo adequado da informação do paciente, em sua movimentação, disponibilização, rastreabilidade, conservação e descarte;

c) a OMS estabelece mecanismos que asseguram a qualidade, a integridade e o sigilo dos registros e informações dos pacientes;

d) a OMS estabelece diretrizes para coleta, organização, análise e disponibilização de dados estatísticos e epidemiológicos de prontuários, preservando a confidencialidade dos profissionais e do paciente envolvido;

e) a OMS faz constar do prontuário as informações sobre pacientes que apresentem alto risco de cometer suicídio, a fim de proteger o paciente (neste caso, incluindo medidas de prevenção);

f) a OMS estabelece plano de treinamento para modificações e incorporações de novos documentos de prontuário;

g) a OMS define planos de contingência que assegurem o acesso e a integridade das informações;

h) a OMS estabelece e orienta os usuários quanto às regras de segurança da informação, incluindo diretrizes para o uso e o acesso do prontuário visando à privacidade e confidencialidade da informação;

i) os setores que cuidam da informação do paciente possuem pessoal, recursos tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço;

j) os setores que cuidam da informação do paciente organizam e integram as informações do paciente permitindo acesso ao histórico dos atendimentos realizados;

k) os setores que cuidam da informação do paciente identificam os riscos dos processos relacionados à gestão da informação do paciente e desenvolvem ações para sua eliminação ou mitigação;

l) os setores que cuidam da informação do paciente estudam as ações implementadas para a minimização dos riscos, analisam os resultados obtidos e definem melhorias, de acordo com o que estabelece a legislação em vigor;

m) os setores que cuidam da informação do paciente organizam e disponibilizam os registros clínicos de forma integrada e de fácil acesso à equipe de trabalho nos pontos de cuidado;

n) os setores acompanham e avaliam o desempenho e o resultado dos processos, incluindo os resultados da análise de prontuários para promover ações de melhoria;

o) os profissionais incluem informações nos registros do paciente de modo a permitir a continuidade do cuidado e a assistência adequada pela equipe multiprofissional;

p) os profissionais inserem informações legíveis e completas nos registros do paciente, incluindo data, hora, local e a sua identificação pessoal de forma legalmente reconhecida;

q) os prontuários disponibilizam informações consistentes e íntegras para a identificação do perfil epidemiológico da organização; e

r) os prontuários possuem, entre outras informações e documentos, dados para a inequívoca identificação do paciente, a descrição das intervenções de alto risco e o sumário de alta.

3.14 Cuidado Centrado na Pessoa

- Refere-se aos processos relacionados ao cuidado dos pacientes, estabelecendo as inter-relações dos processos necessários e fundamentais para a prática clínica.

3.14.1 Gestão do Acesso

- Ações voltadas para a recepção, acolhimento, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes sistematizadas de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, articulação e comunicação eficiente entre unidades e com outras organizações de saúde, para o encaminhamento e o retorno de pacientes, assegurando a continuidade de cuidados.

3.14.2 Parâmetros:

a) assegura agilidade na identificação e atendimento das necessidades do paciente e articular as relações necessárias para a continuidade do cuidado; e

b) acompanha a eficiência das ações relacionadas à gestão do acesso, promovendo melhorias.

3.14.3 Itens de verificação:

a) a OMS gerencia de forma integrada os serviços e leitos de maneira a disponibilizá-los em tempo e condições adequadas ao paciente;

b) o plano de encaminhamento do paciente é desenvolvido com a participação de Equipe Multidisciplinar;

c) a OMS estabelece de maneira formal as relações com a rede de referência em especialidades, para onde os pacientes deverão ser transferidos ou referidos quando essa excede a sua capacidade resolutiva;

d) a OMS registra em ficha de atendimento, informações sobre o paciente, que oriente a continuidade da assistência, incluindo solicitação do serviço ou motivo de transferência, interna e externa;

e) a OMS estabelece canais de comunicação eficazes entre equipes e serviços, que assegurem as transferências;

f) a decisão sobre os encaminhamentos necessários à continuidade do tratamento é compartilhada com os pacientes e/ou acompanhantes;

g) a OMS orienta o acesso e a circulação nas suas instalações;

h) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los; e

i) as ações implementadas para diminuir ou eliminar os riscos são analisadas e os resultados obtidos são estudados de forma a proporcionar melhorias.

3.15 Internação

- Refere-se a processos voltados para a prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência com permanência na organização ou no domicílio, programada ou não, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

3.15.1 Parâmetros:

a) fornece assistência de forma planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente; e

b) garante a continuidade do cuidado por meio da coordenação de esforços com vistas à potencialização e à fluidez entre os processos.

3.15.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) o setor considera as condições operacionais e de infraestrutura no planejamento das atividades, com vistas a viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

e) o setor acompanha a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) o setor acompanha a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor estabelece critérios e fluxo de atendimento aos pacientes críticos ou emergenciais;

h) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

i) o setor dispõe protocolos de atendimento dos pacientes portadores das patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) o setor cumpre os procedimentos para atendimento a pacientes vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio (neste caso, incluindo medidas de prevenção);

k) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

l) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

m) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando o sigilo da informação;

n) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

o) o setor dispõe de protocolos de cuidados paliativos;

p) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

q) o setor segue critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

r) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

s) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

t) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

u) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção para a redução de probabilidade de Eventos Adversos;

v) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

w) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

x) o “Plano de Alta” é elaborado com participação multidisciplinar;

y) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos assistenciais, promovendo ações de melhoria; e

z) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria da assistência prestada.

3.16 Atendimento Ambulatorial

- Refere-se a processos voltados para a prestação de atendimento eletivo e de assistência aos pacientes externos, programado e/ou continuado. O modelo assistencial contempla ações preventivas, de diagnóstico, terapia e de reabilitação.

3.16.1 Parâmetros:

a) assegura a agilidade no atendimento por meio da diminuição das filas e melhoria do tempo de marcação de consultas;

b) oferece um atendimento de qualidade por intermédio de equipes multidisciplinares qualificadas;

c) garante acessibilidade e continuidade do atendimento ao paciente; e

d) otimiza o gerenciamento do atendimento, a partir das informações e metas definidas, promovendo a integralidade do cuidado ao paciente e ações de melhoria.

3.16.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução de processos de trabalho de forma segura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor controla o agendamento e gerencia a demanda de atendimento ao paciente;

h) o setor estabelece o fluxo de atendimento às urgências/emergências;

i) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

j) o setor segue protocolos de atendimento dos pacientes com as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base nas boas práticas e evidências científicas;

k) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

l) o setor cumpre os procedimentos para atendimento a pacientes vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio (neste caso, incluindo medidas de prevenção);

m) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

n) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

o) o setor estabelece planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

p) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

q) o setor compartilha com os pacientes e acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando sigilo da informação;

r) o setor cumpre procedimentos de orientação ao paciente sobre atividades de promoção à saúde;

s) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

t) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

u) o setor segue critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

v) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos de atendimento ambulatorial, promovendo ações de melhoria;

w) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional para a melhoria da assistência prestada; e

x) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, analisa os resultados obtidos e define melhorias.

3.17 Atendimento Emergencial

- Processos voltados para a prestação de atendimento imediato a pacientes externos, sem riscos iminentes de morte (urgência) ou com riscos iminentes de morte (emergência), durante 24 (vinte e quatro) horas.

3.17.1 Parâmetros:

a) assegura a acessibilidade e a agilidade no atendimento ao paciente, articulado aos serviços assistenciais e de diagnóstico; e

b) otimiza o gerenciamento do atendimento, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

3.17.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução e os processos de trabalho de forma segura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

f) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

g) o setor cumpre protocolos de atendimento dos pacientes portadores das patologias de maior prevalência, gravidade, ou risco, com base em boas práticas e em evidências científicas;

h) o setor acolhe os pacientes e realiza o planejamento interdisciplinar da assistência com base no protocolo de classificação de risco;

i) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

j) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

k) o setor cumpre procedimentos para isolamento;

l) o setor segue critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços;

m) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

n) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando o sigilo da informação;

o) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

p) o setor cumpre os procedimentos para atendimento a pacientes vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio (neste caso, incluindo medidas de prevenção);

q) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

r) o setor segue uma sistemática de treinamento teórico e prático regular, específico para o atendimento aos pacientes em emergências;

s) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

t) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

u) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da possibilidade de Eventos Adversos;

v) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

w) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

x) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

y) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria da assistência prestada.

3.18 Atendimento Cirúrgico

- Processos voltados para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização dos procedimentos realizados na OMS, tudo com vistas a fazer cumprir a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, que compreende os procedimentos a serem realizados pela equipe antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time out*) e antes da saída do paciente da Sala de Operações (*sign out*).

3.18.1 Parâmetros:

a) define o plano de cuidados, estabelecendo práticas para a segurança cirúrgica e para a continuidade da assistência; e

b) mantém um processo consistente e articulado, com ações sistemáticas de segurança.

3.18.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) o setor planeja as atividades cirúrgicas, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalhos de forma segura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações, utilizando meios próprios ou Engenharia Hospitalar contratada;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração, utilizando meios próprios ou Engenharia Clínica contratada;

g) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

h) o setor estabelece protocolos de atendimento aos pacientes, considerando as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base em boas práticas e evidências científicas;

i) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

j) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

k) o planejamento das intervenções cirúrgicas é realizado de maneira interdisciplinar, conforme a sua complexidade e grau de risco do paciente;

l) o setor utiliza efetivamente a Lista de Verificação (*checklist* para cirurgia segura), conforme preconizado pelo MS;

m) o setor possui critérios seguros para a administração de anestésicos, com base em boas práticas e evidências científicas;

n) o corpo clínico acompanha, avalia e adequa, se necessário, o planejamento da intervenção cirúrgica;

o) a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) ocorre por meio de comunicação efetiva e formal entre a equipe interdisciplinar para assegurar a intervenção no paciente correto, no lado correto e no local correto;

p) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

q) as decisões relacionadas ao tratamento são compartilhadas com os pacientes e/ou acompanhantes, garantindo o sigilo das informações;

r) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

s) o setor possui mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de insumos;

t) o setor segue os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

u) o setor planeja com especial consideração sobre como os processos e procedimentos padrão precisarão ser modificados nos cuidados cirúrgicos que incluem o uso de OPME, incluindo aqueles que garantam uma rastreabilidade efetiva;

v) o setor possui registros formais da alta cirúrgica e anestésica do paciente;

w) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

x) o setor cumpre as diretrizes para prevenção e controle de infecções;

y) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

z) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade dos eventos;

aa) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

bb) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

cc) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria;

dd) o setor analisa as informações constantes dos prontuários, laudos, indicações cirúrgicas, risco cirúrgico e listas de verificação, entre outros instrumentos de comunicação, para aprimorar as bases da segurança cirúrgica; e

ee) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional para a melhoria da assistência prestada.

3.19 Cuidados Intensivos

- Processos destinados à estabilização de pacientes com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência multidisciplinar contínuos, 24 (vinte e quatro) horas, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

3.19.1 Parâmetros:

a) planeja a assistência de forma segura, integral e individualizada, no tempo adequado; e

b) assegura a sinergia e a fluidez entre os processos, mantendo a continuidade do cuidado.

3.19.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor estabelece critérios e procedimentos para a admissão de pacientes;

h) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

i) o setor segue protocolos de atendimento aos pacientes, considerando as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

k) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

l) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

m) o setor dispõe de protocolos de cuidados paliativos;

n) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando o sigilo da informação;

o) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

p) o setor cumpre os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços com base em boas práticas e evidências científicas;

q) o setor possui “Plano de Alta” multidisciplinar;

r) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

s) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

t) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

u) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

v) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

w) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

x) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

y) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional, para o planejamento e melhoria da assistência prestada.

3.20 Atendimento Obstétrico

- Processos voltados para o desenvolvimento de atividades de assistência à gestante, ao parto e ao puerpério, sistematizados de acordo com o grau de complexidade da organização.

3.20.1 Parâmetros:

a) planeja a assistência de forma segura e individualizada no tempo adequado; e

b) mantém um processo consistente e articulado, com ações de segurança sistemáticas.

3.20.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;

e) o setor utiliza efetivamente o *checklist* para parto seguro, conforme preconizado pelas autoridades de saúde;

f) o setor monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

g) o setor monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

h) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do binômio mãe-filho;

i) o setor segue protocolos de atendimento aos pacientes, considerando as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

k) o setor estabelece critérios seguros de administração de anestésicos, com base em boas práticas e evidências científicas;

l) o setor acompanha, avalia e adequa, se necessário, o planejamento da intervenção cirúrgica;

m) o setor estabelece uma comunicação efetiva e formal entre a equipe interdisciplinar a fim de manter a segurança do procedimento obstétrico;

n) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

o) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao cuidado, assegurando o sigilo da informação;

p) o setor estabelece critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação do binômio mãe-filho, de acordo com o protocolo de prevenção de quedas do MS;

q) o setor estabelece mecanismos e procedimentos para identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de insumos;

r) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

s) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

t) o setor estabelece critérios seguros para a utilização de medicamentos para a indução do trabalho de parto;

u) o setor estabelece critérios para a alta segura, pós procedimento obstétrico;

v) o setor possui registros formais da alta cirúrgica e anestésica da paciente;

w) o setor instrui e orienta a puérpera quanto aos cuidados ao recém-nascido;

x) o setor estabelece ações de estímulo ao aleitamento materno;

y) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

z) o setor possui um plano de alta multidisciplinar;

aa) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

bb) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

cc) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

dd) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

ee) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

ff) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

gg) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional, para o planejamento e melhoria da assistência prestada.

3.21 Atendimento Neonatal

- Processos voltados para a atenção ao recém-nascido, sistematizados de acordo com o grau de complexidade da organização.

3.21.1 Parâmetros:

a) assiste de forma planejada, segura, integral e individualizada, respeitando o grau de dependência do recém-nascido; e

b) assegura a sinergia e a fluidez entre os processos, sustentando a continuidade do cuidado.

3.21.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações da Unidade Neonatal;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia e a calibração da Unidade Neonatal;

f) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do recém-nascido;

g) o setor estabelece protocolos de atendimento aos pacientes, considerando as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base nas boas práticas e evidências científicas;

h) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

i) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

j) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

k) o setor compartilha com os responsáveis as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando o sigilo e a informação;

l) o setor estabelece critérios para a prática segura de movimentação de recém-nascidos;

m) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base nas boas práticas;

n) o setor estabelece sistemáticas de registros de movimentação e liberação do recém-nascido;

o) o setor possui Plano de Alta multidisciplinar;

p) o setor estabelece sistemática segura para vacinação e testes de prevenção de doenças do recém-nascido, com base em boas práticas e evidências científicas;

q) o setor estabelece procedimentos de segurança na coleta e utilização do leite materno;

r) o setor estabelece critérios e procedimentos para a utilização do leite manipulado;

s) o setor estabelece critérios e procedimentos para isolamento;

t) o setor estabelece sistemática para mobilização da equipe em caso de procedimento de emergência;

u) o setor promove treinamento específico e atualizado para a equipe em reanimação neonatal;

v) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

w) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

x) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

y) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

z) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

aa) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

bb) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

cc) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria da assistência prestada.

3.22 Assistência Nefrológica e Dialítica

- Processo destinado à assistência ao portador de insuficiência renal crônica ou aguda, a fim de manter estáveis os parâmetros hemodinâmicos ou viabilizar a recuperação do paciente.

3.22.1 Parâmetros:

a) planeja a assistência de forma segura, integral e individualizada, no tempo adequado; e

b) sustenta um processo consistente e articulado, com ações sistêmicas de segurança.

3.22.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

f) o setor gerencia a demanda do serviço;

g) o setor estabelece fluxo de atendimento às urgências/emergências;

h) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

i) o setor cumpre protocolos de atendimento aos pacientes, considerando as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base nas boas práticas e evidências científicas;

j) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

k) o setor adota as diretrizes dos protocolos assistenciais para a estruturação das atividades do serviço;

l) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

m) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

n) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando o sigilo da informação;

o) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

p) a Setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para o armazenamento e transporte de soluções dialíticas;

q) o setor segue critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base nas boas práticas e em evidências científicas;

r) o setor possui planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

s) o setor possui Plano de Alta multidisciplinar;

t) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

u) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

v) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

w) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

x) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

y) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

z) o setor estabelece o método de articulação com a rede de referência e contrarreferência, e acompanha a sua eficácia;

aa) o setor monitora a qualidade da água em todas as etapas que envolvem a terapia renal substitutiva;

bb) o setor assegura o monitoramento dos resultados assistenciais;

cc) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

dd) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria da assistência prestada.

3.23 Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica

- Refere-se aos processos destinados ao tratamento oncológico ou de imunossupressão.

3.23.1 Parâmetros:

a) planeja a assistência de forma segura, integral e individualizada no tempo hábil; e

b) estabelece processos com sustentabilidade, consistente e articulado, com ações sistemáticas de segurança.

3.23.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) as atividades são planejadas, considerando-se as condições operacionais e de infraestrutura, de forma a viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

e) a manutenção preventiva e corretiva das instalações é monitorada;

f) a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração, é monitorada;

g) a demanda do Serviço é gerenciada;

h) o setor estabelece fluxo de atendimento às urgências/emergências;

i) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

j) os protocolos de atendimento dos pacientes, considerando as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, são estabelecidos com base em boas práticas e evidências científicas;

k) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

l) o setor cumpre as diretrizes dos protocolos assistenciais para a estruturação das atividades do serviço;

m) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

n) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

o) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando o sigilo da informação;

p) o setor cumpre critérios e procedimentos de segurança para o armazenamento e transporte de medicamentos antineoplásicos;

q) o setor estabelece mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado dos insumos;

r) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços com base em boas práticas e evidências científicas;

s) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

t) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

u) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

v) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

w) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

x) o setor possui planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

y) o setor assegura o monitoramento dos resultados assistenciais;

z) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

aa) o setor utiliza informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria da assistência prestada.

3.24 Assistência Nutricional

3.24.1 Atividades voltadas para atender as necessidades nutricionais específicas dos pacientes permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional. Os itens de verificação se aplicam ao serviço de nutrição responsável pelos processos relacionados à dietoterapia.

3.24.2 Esta seção abrange também os procedimentos relacionados ao banco de leite humano e lactário.

3.24.3 Parâmetros:

a) planeja a assistência nutricional de forma segura, integrada e individualizada; e

b) aperfeiçoa o gerenciamento da assistência nutricional, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado e o resultado assistencial.

3.24.4 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

d) o setor planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base nas boas práticas;

h) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço;

i) o setor assegura as boas práticas na manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição e transporte de alimentos;

j) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

k) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

l) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

m) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

n) o setor avalia tecnicamente as prescrições, de acordo com os critérios validados pela prática clínica, considerando o risco nutricional;

o) o setor estabelece e monitora critérios e procedimentos para uso de dietoterapia enteral e parenteral;

p) o setor orienta os pacientes e seus acompanhantes quanto à assistência nutricional;

q) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

r) o setor estabelece mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de alimentos;

s) o setor define planos de contingências;

t) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção e biossegurança;

u) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

v) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

w) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

x) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

y) os setores envolvidos monitoram a qualidade da água;

z) a OMS identifica, mede e compara custos e resultados relacionados à dietoterapia; e

aa) o Serviço de Nutrição utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria dos processos.

3.25 Assistência Odontológica

- Refere-se a processos voltados para a prestação de atendimento eletivo e de assistência aos pacientes internos e externos, programado e/ou continuado. O modelo assistencial contempla ações preventivas, de diagnóstico, terapia e de reabilitação.

3.25.1 Parâmetros:

a) assegura a agilidade no atendimento por meio da diminuição das filas e melhoria do tempo de marcação de consultas;

b) oferece um atendimento de qualidade por intermédio de equipes multidisciplinares qualificadas;

c) garante acessibilidade e continuidade do atendimento ao paciente; e

d) otimiza o gerenciamento do atendimento, a partir das informações e metas definidas, promovendo a integralidade do cuidado ao paciente e ações de melhoria.

3.25.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução de processos de trabalho de forma segura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

f) o setor controla o agendamento e gerencia a demanda de atendimento ao paciente;

g) o setor estabelece o fluxo de atendimento às urgências/emergências;

h) o setor cumpre com as diretrizes de identificação do paciente conforme preconizado pelo MS e ANVISA;

i) o setor segue protocolos de atendimento dos pacientes com as patologias de maior prevalência, gravidade ou risco, com base nas boas práticas e evidências científicas;

j) o setor desenvolve e implementa um Plano de Seguimento do Cuidado ao Paciente abrangente e integrado, e o acompanha, avalia e adequa, se necessário;

k) o setor define o plano terapêutico e o utiliza como base para o planejamento interdisciplinar da assistência, considerando o grau de complexidade e dependência, fazendo as adequações necessárias com a progressão do tratamento;

l) o setor estabelece planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

m) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

n) o setor compartilha com os pacientes e acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento, assegurando sigilo da informação;

o) o setor desenvolve e monitora ações de odontologia hospitalar, com base nas boas práticas e evidências científicas;

p) o setor cumpre procedimentos de orientação ao paciente sobre atividades de promoção à saúde;

q) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

r) o setor identifica os riscos em seus processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

s) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

t) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

u) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

v) o setor segue critérios e procedimentos para a prática segura de movimentação dos pacientes, de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS;

w) o setor segue critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em evidências científicas;

x) o setor desenvolve e implementa um processo para a verificação pré-operatória (*Sign In*) e para a marcação do sítio cirúrgico ou procedimento invasivo;

y) o setor desenvolve e implementa um processo de *Time-Out*, que é realizado imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico ou invasivo e de conferência de saída (*Sign Out*), que é realizado após o procedimento;

z) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos de atendimento, promovendo ações de melhoria;

aa) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional para a melhoria da assistência prestada;

bb) o setor possui cirurgião-dentista com capacitação em Odontologia Hospitalar;

cc) o setor elabora plano de tratamento individualizado, que considere as necessidades odontológicas, as limitações impostas pelas condições pré-existentes e pelo estado geral do paciente, além da complexidade dos procedimentos planejados;

dd) o setor realiza registro odontológico em prontuário, incluindo o plano terapêutico estabelecido;

ee) o setor realiza profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos em pacientes cardiopatas, oncológicos e entubados;

ff) o setor utiliza manual de rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da Odontologia Hospitalar atualizados;

gg) o setor realiza atualização periódica em protocolos clínicos e infectológicos utilizados;

hh) a OMS possui termo de consentimento específico para procedimentos odontológicos invasivos;

ii) existe integração e comunicação efetiva dos integrantes da equipe de odontologia com a equipe multiprofissional;

jj) a OMS estabelece a participação de membros da equipe odontológica em comissões (CCIH, NSP, etc);

kk) o setor realiza identificação segura do paciente antes de procedimentos;

ll) o setor utiliza escala de risco oral (Ex.: OHAT, BOE, etc);

mm) a OMS realiza o registro e a notificação de eventos adversos relacionados ao atendimento odontológico hospitalar;

nn) o setor realiza o monitoramento de indicadores, como:

(1) incidência de PAV antes/depois da implantação da assistência odontológica;

(2) redução de reinternações por infecções odontogênicas;

(3) redução de eventos infecciosos orais (mucosite, abscessos); e

(4) redução de infecções sistêmicas com origem bucal, etc;

oo) o setor realiza capacitações regulares baseadas em achados de auditoria interna.

pp) o setor realiza avaliação odontológica em pacientes internados em até 48 horas após admissão, assim como em pacientes cardiológicos, que serão submetidos à cirurgia cardíaca ou a transplante cardíaco; e em pacientes oncológicos antes do início do tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia;

qq) o setor realiza visita hospitalar diária aos pacientes internados em UTI; assim como orienta os pacientes cardiológicos e oncológicos sobre higiene oral;

rr) o setor avalia e trata a doença periodontal antes da realização do procedimento cardiológico (cirurgia e/ou transplante);

ss) o setor realiza a extração de elementos dentários previamente ao procedimento cardiológico (cirurgia e/ou transplante);

tt) o setor realiza a raspagem supragengival antes do procedimento cardiológico (cirurgia e/ou transplante);

uu) o setor realiza rastreamento de foco infeccioso oral em pacientes cardiológicos que serão submetidos à cirurgia cardíaca ou a transplante cardíaco;

vv) o setor realiza profilaxia antibiótica para prevenção de Endocardite Infecciosa em pacientes serão submetidos à cirurgia cardíaca, à transplante cardíaco ou à correção de cardiopatia congênita;

ww) o setor possui protocolo de manejo odontológico para pacientes em uso de bifosfonatos.

xx) o setor avalia os pacientes em cada um dos períodos do tratamento oncológico (pré-quimioterapia, durante quimioterapia e pós-quimioterapia);

yy) o setor finaliza o protocolo de atendimento até 8 (oito) dias antes do início do tratamento oncológico;

zz) o setor realiza a remoção de elementos dentários duvidosos com, no mínimo, 14 (quatorze) dias de antecedência ao início do tratamento oncológico;

aaa) a OMS realiza a confecção de próteses radiferas intrabucais em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço, com o objetivo de evitar a irradiação dos tecidos sadios e padronizar a aplicação da radiação no local afetado;

bbb) o setor remove aparelhos ortodônticos antes do início da terapia neoplásica;

ccc) o setor classifica os pacientes com mucosite oral de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde;

ddd) o setor realiza o rastreamento de sinais e sintomas na mucosa bucal que caracterizem a Doença do Enxerto contra Hospedeiro (DECH) em pacientes submetidos a transplante de medula óssea;

eee) o setor adota protocolo para prevenção e tratamento da mucosite, incluindo a laserterapia de baixa potência em pacientes oncológicos;

fff) o setor recomenda a realização de crioterapia durante o tratamento quimioterápico, quando não contraindicada pela oncologia, para a prevenção de mucosite;

ggg) o setor realiza ações de prevenção da xerostomia em pacientes oncológicos;

hhh) o setor prescreve o uso diário de cremes dentais sem lauril sulfato de sódio, especialmente para pacientes com mucosas sensibilizadas por tratamentos como quimioterapia e radioterapia;

iii) o setor recomenda que os pacientes evitem fumar e consumir bebidas alcoólicas ou ácidas;

jjj) o setor recomenda aos pacientes oncológicos usuários de próteses dentárias que as removam durante a noite e orienta quanto à sua limpeza adequada;

kkk) o setor recomenda aos pacientes oncológicos que procurem atendimento médico imediato em caso de dor intensa, sangramento ou outros sinais de infecção oral;

lll) o setor adota protocolo para prevenção e tratamento da Candidose em pacientes oncológicos;

mmm) o setor realiza a prevenção e o tratamento da osteorradionecrose e/ou osteonecrose nos pacientes oncológicos;

nnn) o setor estabelece protocolos de prevenção e o tratamento de infecções herpéticas em pacientes oncológicos;

ooo) o setor acompanha os pacientes oncológicos por, no mínimo, 6 (seis) meses após o término do tratamento antineoplásico;

ppp) o setor realiza higiene oral diária em pacientes com prótese ventilatória (Tubo orotraqueal ou traqueostomia);

qqq) o setor orienta a equipe multiprofissional sobre higiene oral nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva;

rrr) o setor realiza a remoção de focos infecciosos ativos de origem odontogênica nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva;

sss) o setor realiza a exodontia por elemento nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva;

ttt) o setor realiza o tratamento de doença periodontal nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva;

uuu) o setor realiza a prevenção e o tratamento de úlceras traumáticas nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva;

vvv) o setor realiza laserterapia nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, quando necessário;

www) o setor rastreia o risco de focos infecciosos orais nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva;

xxx) o setor estabelece protocolos de higiene oral para prevenção de pneumonia associada à ventilação (PAV);

yyy) o setor estabelece protocolos ou medidas para controle do biofilme; e

zzz) o setor remove aparelhos ortodônticos, próteses sobre implantes dentários dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, quando necessário.

3.26 Diagnóstico e Terapêutica

- Esta seção agrupa atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio ao diagnóstico e à terapêutica.

3.26.1 Análises Clínicas

- Atividades voltadas para a requisição da análise, coleta, transporte, cadastro e triagem das amostras, procedimentos de armazenamento, análises de amostras que apoiam a decisão clínica, análise da consistência do resultado, liberação de resultados e consultoria técnica. Está incluída neste processo a fase que vai desde a solicitação dos exames à liberação de resultados. As análises são realizadas em amostras de material biológico, assim como dispositivos invasivos e outros, a fim de apoiar a decisão clínica.

3.26.1.1 Parâmetros:

a) assegura a qualidade da amostra, disponibilizando-a em tempo hábil para a execução da análise;

b) aperfeiçoa o gerenciamento das etapas pré-analítica, analítica e pós-analítica, promovendo a sinergia e a fluidez entre essas etapas, assegurando a relação com os processos assistenciais e de apoio;

c) assegura a confiabilidade das análises, considerando a precisão, exatidão, especificidade e sensibilidade, durante a fase de execução dos procedimentos analíticos; e

d) assegura a confiabilidade e consistência do resultado, em tempo hábil, para a tomada de decisão clínica.

3.26.1.2 Itens de verificação:

a) o setor identifica o perfil de atendimento/assistencial considerando as análises realizadas;

b) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

c) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

d) o setor planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos e equipamentos, com base nas boas práticas;

h) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

i) o setor estabelece mecanismos para a obtenção das informações clínicas completas e gerencia o uso das informações pessoais dos pacientes de acordo com o previsto na legislação vigente;

j) o setor possui canais de comunicação eficazes que asseguram a preparação correta do paciente para a coleta da amostra;

k) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

l) o setor dispõe de critérios e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação, integridade e encaminhamento ou descarte apropriado das amostras de material biológico humano e insumos;

m) o setor estabelece procedimentos para a coleta, com base em evidências científicas e legislação sanitária vigente;

n) o setor estabelece critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de amostras de material biológico humano;

o) os setores responsáveis asseguram o suporte técnico e promovem a educação continuada dos profissionais de saúde;

p) o setor estabelece os planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

q) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

r) o setor cumpre o Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

s) o setor identifica os riscos dos processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

t) o setor identifica os riscos e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

u) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

v) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

w) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

x) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria dos processos;

y) o setor estabelece critérios e procedimentos para o processamento dos diferentes tipos de amostra de material biológico humano;

z) o setor estabelece mecanismos para assegurar a qualidade analítica, contemplando programas de controle de qualidade interno e externo, para a totalidade dos procedimentos, com base em boas práticas e evidências científicas;

aa) o setor estabelece critérios e procedimentos que assegurem a execução e liberação dos resultados da análise da amostra de material biológico humano;

bb) o setor estabelece mecanismos de validação dos insumos e metodologias utilizadas;

cc) o setor estabelece mecanismos seguros de realização de testes laboratoriais remotos (TLR) que são realizados próximo ao paciente com equipamentos portáteis;

dd) o setor monitora a qualidade da água reagente;

ee) o setor define valores de criticidade e procedimentos de notificação, de acordo com perfil assistencial;

ff) o setor estabelece sistemática que assegure a concordância da interpretação de exames;

gg) o setor estabelece critérios e procedimentos que assegurem a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

hh) o setor estabelece mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente/cliente ou seu representante autorizado;

ii) o setor estabelece mecanismos que assegurem a emissão dos resultados parciais, nas situações de urgência/emergência;

jj) o setor monitora o desempenho dos laboratórios de apoio, alinhado a política institucional de qualificação de fornecedores;

kk) o setor dispõe de mecanismos e procedimentos para assegurar o correto preparo do paciente, incluindo a disponibilidade de instruções verbais ou escritas;

ll) o setor contribui para as ações de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância;

mm) o setor cumpre os procedimentos para atendimento a pacientes vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio (neste caso, incluindo medidas de prevenção); e

nn) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado da produção de componentes sanguíneos, promovendo ações de melhorias.

3.26.2 Anatomia Patológica e Citológica

- Atividades voltadas para a requisição da análise, coleta, transporte, cadastro e triagem das amostras, procedimentos de armazenamento, análises de amostras que apoiam a decisão clínica, análise da consistência do resultado, liberação de resultados e consultoria técnica. Está incluído neste processo a fase que vai desde a solicitação dos exames à liberação de resultados.

3.26.2.1 Parâmetros:

a) assegura a qualidade da amostra, disponibilizando-a em tempo hábil para a execução da análise;

b) aperfeiçoa o gerenciamento das etapas pré-analítica, analítica e pós-analítica, promovendo a sinergia e a fluidez entre essas etapas, assegurando a relação com os processos assistenciais e de apoio;

c) assegura a confiabilidade das análises, considerando a precisão, exatidão especificidade e sensibilidade, durante a fase de execução dos procedimentos analíticos; e

d) assegura a confiabilidade e consistência do resultado, em tempo hábil, para a tomada de decisão clínica.

3.26.2.2 Itens de verificação:

a) o setor identifica o perfil de atendimento assistencial considerando as análises realizadas;

b) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

c) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

d) o setor planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos e equipamentos, com base nas boas práticas;

h) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

i) o setor cumpre protocolo para a manipulação de químicos;

j) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

k) o setor cumpre o Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

l) o setor possui canais de comunicação eficazes que asseguram a preparação correta do paciente para a coleta da amostra;

m) o setor dispõe de critérios e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação, integridade e encaminhamento ou descarte apropriado das amostras de material biológico humano e insumos;

n) o setor dispõe e dissemina protocolos de coleta de diferentes amostras de materiais biológicos humanos, com base em evidências científicas e legislação sanitária vigente;

o) o setor estabelece critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de amostras de material biológico humano;

p) o setor responsável assegura o suporte técnico e promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

q) o setor estabelece os planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

r) o setor identifica os riscos dos processos e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

s) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

t) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

u) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

v) o setor aplica termo de consentimento informado para procedimentos críticos;

w) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo melhorias;

x) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria dos processos;

y) o setor gerencia a utilização racional de procedimentos de análises clínicas, patologia clínica e citologia, promovendo ações de melhoria;

z) o setor dispõe de critérios e procedimentos para o processamento e liberação dos diferentes tipos de amostra de material biológico humano;

aa) o setor estabelece mecanismos para assegurar a qualidade analítica, contemplando programas de controle de qualidade interno e externo, para a totalidade dos procedimentos, com base em diretrizes e evidências científicas;

bb) o setor estabelece mecanismos de validação dos insumos e metodologias utilizadas;

cc) o setor monitora a qualidade da água nas metodologias aplicáveis;

dd) o setor estabelece procedimento seguro para necropsia, embalsamento e formolização quando aplicável;

ee) o setor estabelece critérios e prazos para arquivamento das amostras e peças anatômicas, de laudos e termos de responsabilidade de guarda blocos e lâminas;

ff) o setor dispõe de recursos e método seguro para procedimentos de congelação, quando aplicável;

gg) o setor dispõe de programa externo de avaliação comparativa como prática de educação continuada e aferição da expertise técnica dos profissionais;

hh) o setor dispõe de procedimentos de notificação para achados críticos de acordo com o perfil assistencial;

ii) o setor dispõe de sistemática voltada para a concordância da interpretação de exames;

jj) o setor dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

kk) o setor dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente ou ao seu representante autorizado;

ll) o setor dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais, nas situações de urgência/emergência;

mm) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

nn) o setor qualifica e avalia o desempenho dos laboratórios de apoio, alinhadas à política de gestão de fornecedores de serviços e produtos; e

oo) o setor cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância.

3.26.3 Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados

3.26.3.1 Processos voltados para a investigação e acompanhamento de patologias, que apoiam a tomada de decisão clínica.

3.26.3.2 Esta subseção se aplica aos métodos cardiológicos, neurológicos e urológicos, entre outros.

3.26.3.3 Parâmetros:

a) executa e analisa corretamente os exames, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica e o planejamento terapêutico; e

b) assegura a sinergia e a fluidez com os processos assistenciais, apoiando a tomada de decisão clínica.

3.26.3.4 Itens de verificação:

a) os setores responsáveis identificam o perfil de atendimento/assistencial;

b) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

c) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

d) os setores responsáveis planejam as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

g) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

h) os setores responsáveis cumprem sistemática de agendamento de procedimentos de métodos diagnósticos e terapêuticos e acompanha a demanda;

i) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

j) os setores responsáveis cumprem protocolos de diagnóstico e tratamento, com base em diretrizes e evidências científicas;

k) os setores responsáveis estabelecem critérios seguros de administração de anestésicos com base em diretrizes e evidências científicas;

l) os setores responsáveis dispõem de sistemática que assegure a concordância da interpretação de exames;

m) os setores responsáveis dispõem de critérios e procedimentos que assegurem a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

n) os setores responsáveis dispõem de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente ou seu representante autorizado;

o) os setores responsáveis dispõem de mecanismos que assegurem a emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência;

p) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

q) os setores responsáveis dispõem de planos de contingência para o manejo de emergência e de intercorrências clínicas;

r) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

s) os setores responsáveis registram e compartilham com pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos de métodos diagnósticos e terapêuticos, assegurando o sigilo da informação;

t) os setores responsáveis asseguram o suporte técnico e promovem a educação continuada dos profissionais de saúde;

u) os setores responsáveis cumprem o Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

v) os setores responsáveis identificam os riscos dos métodos diagnósticos ou terapêuticos e desenvolvem ações para sua eliminação ou mitigação;

w) os setores responsáveis identificam os riscos relacionados à condição do paciente e estabelecem ações de prevenção para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

x) os setores estudam as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisam os resultados obtidos e definem melhorias;

y) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

z) os setores responsáveis identificam sinais de deterioração clínica e cumprem o protocolo de atendimento previsto;

aa) os setores responsáveis aplicam o termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia;

bb) os setores dispõem de critérios e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação, integridade e encaminhamento ou descarte apropriado das amostras de material biológico humano e insumos;

cc) os setores responsáveis cumprem protocolos assistenciais pré-operatórios e pós-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas;

dd) os setores responsáveis acompanham, avaliam e adequam, se necessário, o planejamento de internação;

ee) os setores responsáveis dispõem de critérios e procedimentos para interrupção de testes;

ff) os setores responsáveis cumprem as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância;

gg) os setores responsáveis formalizam a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes;

hh) os setores responsáveis acompanham e avaliam o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

ii) os setores responsáveis utilizam as informações e manifestações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria dos processos.

3.26.4 Diagnóstico por Imagem

3.26.4.1 Processos que geram imagens voltadas para a investigação e acompanhamento de patologias, que apoiam a tomada de decisão clínica.

3.26.4.2 Esta subseção se aplica aos procedimentos que utilizam ultrassom, campo magnético com ondas de alta frequência ou outro método para a produção de imagem.

3.26.4.3 Parâmetros:

a) detecta, caracteriza e analisa corretamente as imagens, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica e o planejamento terapêutico; e

b) assegura a sinergia e a fluidez com os processos assistenciais, sustentando a tomada de decisão clínica.

3.26.4.4 Itens de verificação:

a) os setores possuem profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) os setores responsáveis planejam as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações dos setores responsáveis pelos processos relacionados ao diagnóstico por imagem;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos dos setores responsáveis pelos processos relacionados ao diagnóstico por imagem;

f) os setores responsáveis estabelecem critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos, com base nas boas práticas;

g) os setores seguem o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

h) os setores gerenciam o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

i) os setores responsáveis estabelecem critérios para a indicação e realização de exames;

j) os setores responsáveis estabelecem critérios seguros de administração de anestésicos e meios de contraste com base em boas práticas e evidências científicas;

k) os setores responsáveis estabelecem sistemática que assegure a concordância da interpretação de exames;

l) os setores responsáveis estabelecem critérios e procedimentos que assegurem a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

m) os setores responsáveis estabelecem mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente ou seu representante autorizado;

n) os setores responsáveis estabelecem mecanismos que assegurem a emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência;

o) os setores responsáveis utilizam protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia terapêutica;

p) os setores responsáveis possuem registros formais da alta do paciente considerando a criticidade dos procedimentos realizados;

q) os setores responsáveis estabelecem os planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

r) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

s) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

t) os setores responsáveis compartilham com pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao diagnóstico, assegurando o sigilo da informação;

u) os setores promovem a educação continuada dos profissionais de saúde;

v) os setores responsáveis possuem Plano de Alta multidisciplinar e realizam registros formais da alta do paciente;

w) os setores responsáveis asseguram o suporte técnico e promovem a educação continuada dos profissionais de saúde;

x) os setores responsáveis cumprem o "Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde";

y) os setores responsáveis identificam os riscos dos processos relacionados ao "Diagnóstico por Imagem" e desenvolvem ações para eliminá-los ou atenuá-los;

z) os setores responsáveis identificam os riscos relacionados à condição do paciente e estabelecem ações de prevenção para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

aa) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

bb) os setores responsáveis cumprem as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utilizam as boas práticas no manejo dos resíduos para minimizar o impacto ambiental;

cc) os setores responsáveis cumprem com o "Plano de Radioproteção" previsto na legislação;

dd) os setores responsáveis acompanham e avaliam o desempenho e o resultado das ações, promovendo melhorias;

ee) os setores responsáveis utilizam as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional para a melhoria dos processos; e

ff) os setores responsáveis acompanham a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.

3.26.5 Medicina Nuclear

- Processo relacionado à utilização de substâncias radioativas (isótopos e radiofármacos), na forma de fontes não seladas, para a administração a pacientes com as finalidades diagnósticas e terapêuticas.

3.26.5.1 Parâmetros:

a) executa e analisa corretamente os exames, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica, o planejamento e a execução terapêutica; e

b) otimiza o gerenciamento do atendimento, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, apoiando a tomada de decisão clínica e a manutenção da continuidade do cuidado.

3.26.5.2 Itens de verificação:

a) os setores possuem profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) os setores responsáveis planejam as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações dos setores responsáveis pelos processos de Medicina Nuclear;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração, dos setores responsáveis pelos processos de Medicina Nuclear;

f) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

g) os setores responsáveis estabelecem critérios para a indicação e realização dos exames e procedimentos terapêuticos;

h) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

i) os setores responsáveis estabelecem critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, isótopos, radiofármacos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

k) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

l) os setores responsáveis asseguram o suporte técnico e promovem a educação continuada dos profissionais de saúde;

m) os setores responsáveis estabelecem planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

n) os setores responsáveis cumprem o Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

o) os setores responsáveis identificam os riscos dos processos da Medicina Nuclear e desenvolvem ações para eliminá-los ou atenuá-los;

p) os setores responsáveis identificam os riscos relacionados à condição do paciente e estabelecem ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

q) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

r) os setores responsáveis cumprem as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utilizam as boas práticas no manejo dos resíduos para minimizar o impacto ambiental;

s) os setores responsáveis cumprem com o “Plano de Radioproteção” previsto em legislação;

t) os setores responsáveis estabelecem sistemática que assegure a concordância da interpretação de exames;

u) os setores responsáveis estabelecem critérios e procedimentos que assegurem a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

v) os setores responsáveis estabelecem mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente/cliente ou seu representante autorizado;

w) os setores responsáveis estabelecem mecanismos que assegurem a emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência;

x) os setores responsáveis estabelecem protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia terapêutica;

y) os setores responsáveis estabelecem o método de articulação com a rede de referência e contrarreferência e acompanham sua eficácia;

z) os setores responsáveis possuem plano de alta multidisciplinar e realizam registros formais da alta do paciente;

aa) os setores responsáveis orientam os pacientes e/ou acompanhantes quanto aos cuidados de radioproteção após a alta;

bb) os setores responsáveis realizam o planejamento interdisciplinar para as intervenções, conforme a complexidade e grau de risco do paciente;

cc) os setores responsáveis acompanham, avaliam e adequam, se necessário, o planejamento da intervenção;

dd) os setores responsáveis realizam uma comunicação efetiva e formal entre a equipe interdisciplinar para assegurar a intervenção no paciente correto, no local correto e na dose correta;

ee) os setores responsáveis asseguram o monitoramento dos resultados assistenciais;

ff) os setores responsáveis acompanham e avaliam o desempenho e o resultado das ações, promovendo melhorias; e

gg) os setores responsáveis utilizam as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional, para o planejamento e melhoria da assistência prestada.

3.26.6 Radioterapia

- Processo destinado à aplicação de radiações para fins terapêuticos, utilizando-se fontes seladas ou equipamentos geradores de radiações ionizantes.

2.26.6.1 Parâmetros:

a) planeja a assistência de forma segura e individualizada no tempo adequado; e

b) otimiza o gerenciamento do atendimento, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, apoiando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

2.26.6.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) as atividades são planejadas, considerando-se as condições operacionais e de infraestrutura, de forma a viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

d) a manutenção preventiva e corretiva das instalações é monitorada;

e) a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração, é monitorada;

f) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

g) o setor estabelece critérios para a indicação de procedimentos terapêuticos;

h) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

i) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

k) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

l) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas à terapia, assegurando o sigilo da informação;

m) o setor responsável assegura o suporte técnico e promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

n) o setor possui planos de contingência;

o) o setor cumpre o “Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde”;

p) o setor identifica os riscos dos processos de radioterapia e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

q) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de incidentes;

r) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

s) os setores responsáveis cumprem as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utilizam as boas práticas no manejo dos resíduos para minimizar o impacto ambiental;

t) o setor cumpre com o Plano de Radioproteção;

u) o setor participa da equipe multidisciplinar que estabelece o protocolo para a segurança da cadeia terapêutica;

v) o setor estabelece planos de contingência para manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

w) a OMS ou o setor estabelece o método de articulação com a rede de referência e contrarreferência para os pacientes que utilizam os serviços de radioterapia e acompanha a sua eficácia;

x) o setor participa do “Plano de Alta” multidisciplinar e realiza registros formais de alta do paciente;

y) o setor orienta os pacientes e/ou acompanhantes quanto aos efeitos colaterais após a alta;

z) o setor participa do planejamento interdisciplinar para as intervenções, conforme a complexidade e grau de risco do paciente;

aa) o setor acompanha, avalia e adequa, se necessário, o planejamento da intervenção;

bb) o setor estabelece comunicação efetiva e formal entre a equipe interdisciplinar para assegurar a intervenção no paciente correto, no lado correto, no local correto e na dose correta;

cc) o setor assegura o monitoramento dos resultados assistenciais;

dd) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado das ações, promovendo melhorias;

ee) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional, para a melhoria dos processos; e

ff) o setor acompanha a efetividade dos protocolos assistenciais promovendo ações de melhoria.

3.26.7 Radiologia Intervencionista

- Procedimentos médicos invasivos especializados, guiados por imagens, para fins de diagnóstico e terapia.

3.26.7.1 Parâmetros:

a) detecta, caracteriza e analisa corretamente imagens, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica, o planejamento e a execução terapêutica; e

b) otimiza o gerenciamento do atendimento, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, sustentando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

3.26.7.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) as atividades são planejadas, considerando-se as condições operacionais e de infraestrutura, de forma a viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

d) a manutenção preventiva e corretiva das instalações é monitorada;

e) a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração é monitorada;

f) o setor responsável estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos, com base em boas práticas e evidências científicas;

g) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

h) o setor responsável estabelece critérios para a indicação e realização dos procedimentos;

i) o setor responsável participa da elaboração do planejamento interdisciplinar para as intervenções, conforme a complexidade e grau de risco do paciente;

j) o setor responsável acompanha, avalia e adequa, se necessário, o planejamento da intervenção;

k) o setor responsável assegura o suporte técnico e promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

l) o setor responsável garante a comunicação efetiva e formal entre a equipe interdisciplinar para assegurar a intervenção no paciente correto, no lado correto e no local correto;

m) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

n) o setor participa do Plano de Alta multidisciplinar e realiza registros formais de alta do paciente;

o) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

p) o setor responsável estabelece critérios seguros de administração de anestésicos e meios de contraste com base em protocolos assistenciais e evidências científicas;

q) o setor responsável estabelece critérios e procedimentos que assegurem a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

r) o setor responsável estabelece mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente/cliente ou seu representante autorizado;

s) o setor responsável estabelece mecanismos que assegurem a emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência;

t) o setor responsável estabelece mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de insumos;

u) o setor responsável estabelece protocolo elaborado por equipe multidisciplinar para a segurança da cadeia terapêutica;

v) o setor responsável assegura o monitoramento dos resultados assistenciais;

w) os setores responsáveis cumprem as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utilizam as boas práticas no manejo dos resíduos para minimizar o impacto ambiental;

x) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado.

y) o setor responsável identifica os riscos dos processos da Medicina Nuclear e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

z) o setor responsável identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

aa) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

bb) o setor responsável acompanha e avalia o desempenho e o resultado das ações, promovendo melhorias; e

cc) o setor responsável utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional, para a melhoria dos processos.

3.26.8 Métodos Endoscópicos e Videoscópicos

- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que utilizam como meio a inspeção visual e remota de cavidades e órgãos através de equipamentos específicos.

3.26.8.1 Parâmetros:

a) detecta, caracteriza e analisa corretamente imagens, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica, o planejamento e a execução terapêutica; e

b) otimiza o gerenciamento do atendimento, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria, apoiando a tomada de decisão e mantendo a continuidade do cuidado.

3.26.8.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) as atividades são planejadas, considerando-se as condições operacionais e de infraestrutura, de forma a viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

d) a manutenção preventiva e corretiva das instalações é monitorada;

e) a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração, é monitorada;

f) os setores estabelecem critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos com base em boas práticas e evidências científicas;

g) o setor promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

h) o setor gerencia o fluxo e a demanda do serviço, prevendo procedimentos específicos para o atendimento a situações de urgência/emergência;

i) os setores responsáveis estabelecem critérios para a indicação e realização dos procedimentos;

j) os profissionais participam da elaboração do planejamento interdisciplinar para as intervenções, conforme a complexidade e grau de risco do paciente;

k) os profissionais acompanham, avaliam e adequam, se necessário, o planejamento da intervenção;

l) os setores responsáveis garantem a comunicação efetiva e formal entre a equipe interdisciplinar para assegurar a intervenção no paciente correto, no lado correto e no local correto;

m) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

n) os profissionais participam da elaboração do Plano de Alta multidisciplinar e realizam registros formais da alta do paciente;

o) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

p) os setores responsáveis estabelecem critérios seguros de administração de anestésicos com base em protocolos assistenciais e evidências cientificas;

q) os setores responsáveis estabelecem critérios e procedimentos que assegurem a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados;

r) os setores responsáveis estabelecem mecanismos de controle para a entrega de resultados ao paciente/cliente ou seu representante autorizado;

s) os setores responsáveis estabelecem mecanismos que assegurem a emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência;

t) os setores responsáveis estabelecem mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de amostras e insumos;

u) os setores responsáveis seguem protocolos multidisciplinares para a segurança da cadeia terapêutica;

v) os setores responsáveis estabelecem planos de contingência para manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

w) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

x) os setores responsáveis compartilham as decisões relacionadas ao procedimento com os pacientes e/ou acompanhantes, assegurando sigilo das informações;

y) os setores responsáveis estabelecem método de articulação com a rede de referência e contrarreferência e acompanham a sua eficácia;

z) os setores responsáveis asseguram o suporte técnico e promovem a educação continuada dos profissionais de saúde;

aa) os setores responsáveis cumprem o Programa de Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

bb) os setores responsáveis estabelecem procedimentos que assegurem a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos;

cc) os setores responsáveis identificam os riscos dos procedimentos endoscópicos e videoscópicos e desenvolvem ações para a sua eliminação ou redução;

dd) os setores responsáveis identificam os riscos relacionados à condição do paciente e estabelecem ações de prevenção, para a redução de probabilidade de eventos;

ee) os setores estudam as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisam os resultados obtidos e definem melhorias;

ff) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

gg) os setores responsáveis monitoram a qualidade da água;

hh) a OM ou os setores responsáveis asseguram o monitoramento dos resultados assistenciais;

ii) os setores responsáveis acompanham e avaliam o desempenho e o resultado das ações, promovendo melhorias; e

jj) os setores responsáveis utilizam as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe profissional, para a melhoria dos processos.

3.26.9 Assistência Hemoterápica

3.26.9.1 Atividades voltadas para a identificação de hemocomponentes, hemoderivados e realização de procedimentos hemoterápicos.

3.26.9.2 Compreendem avaliação de solicitação, seleção, preparo, realização, acompanhamento transfusional e assistência ao paciente.

3.26.9.3 Parâmetros:

a) permite a transfusão segura, compatível e em tempo hábil devido a uma solicitação consistente; e

b) mantém um processo consistente e articulado, com ações sistêmicas de segurança.

3.26.9.4 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor planeja as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

d) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

e) a OMS monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

f) o setor segue protocolos de procedimentos hemoterápicos, com base nas boas práticas e evidências científicas;

g) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

h) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

i) o setor desenvolve ações de hemovigilância;

j) o setor compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas à transfusão, assegurando o sigilo da informação;

k) o setor monitora o uso racional do sangue;

l) o setor segue critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base nas boas práticas e em evidências científicas;

m) o setor possui planos de contingência para o manejo de emergências e de intercorrências clínicas;

n) o setor cumpre as Diretrizes de Prevenção e Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde;

o) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

p) o setor identifica os riscos dos processos relacionados à assistência hemoterápica e desenvolve ações para eliminá-los ou diminuí-los;

q) o setor identifica os riscos relacionados à condição do paciente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de Eventos Adversos;

r) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, incluindo aqueles relacionados à condição do paciente, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

s) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

t) o setor estabelece mecanismos de validação dos procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos à transfusão;

u) o setor responsável assegura o suporte técnico e promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

v) o setor assegura o monitoramento dos resultados assistenciais;

w) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria;

x) o setor utiliza as informações dos pacientes, acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria da assistência prestada; e

y) a OMS dispõe de Comissão ou Comitê Transfusional.

3.26.10 Medicina Oxigenioterapia Hiperbárica

- Processo terapêutico no qual o paciente é submetido a uma pressão maior que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica, respirando oxigênio a 100%.

3.26.10.1 Parâmetros:

a) planeja a assistência de forma segura, integral e individualizada, no tempo adequado na busca de um único resultado para o paciente, através de um processo constante de identificação de risco; e

b) gerencia um processo consistente e articulado, entre os processos e ações de melhoria, sustentando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

3.26.10.2 Itens de verificação:

a) o setor identifica o perfil assistencial;

b) o setor dispõe de pessoal com competência e capacitação compatíveis com o perfil assistencial;

c) o setor dimensiona os recursos tecnológicos e insumos de acordo com o perfil assistencial;

d) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura a fim de viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

e) a OMS ou o setor monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

f) a OMS ou o setor monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a calibração;

g) o setor estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco com base em diretrizes e evidências científicas;

h) o setor monitora a demanda por procedimentos de câmara hiperbárica;

i) a OMS ou o setor monitora a articulação com a rede de referência e contrarreferência frente à demanda do serviço;

j) o setor estabelece protocolos de oxigenioterapia hiperbárica com base em diretrizes e evidências científicas;

k) o setor dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência;

l) o setor cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente;

m) o setor cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia terapêutica;

n) o setor identifica os riscos assistenciais do paciente e estabelece ações de prevenção para redução da probabilidade de incidentes;

o) o setor cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas;

p) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

q) o setor cumpre os “Protocolos de Prevenção e Controle das Infecções Associadas à Assistência à Saúde”;

r) o setor cumpre os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de equipamentos e materiais, com base em diretrizes e evidências científicas;

s) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

t) o setor estabelece plano terapêutico individualizado;

u) registra e compartilha com os pacientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas à oxigenioterapia hiperbárica;

v) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

w) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

x) o setor identifica a necessidade e realiza o treinamento e capacitação frente às demandas assistenciais;

y) o setor estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas;

z) o setor cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância;

aa) o setor formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes;

bb) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria;

cc) o setor estabelece as relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao paciente;

dd) o setor utiliza as informações e as manifestações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo;

ee) o setor acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de oxigenioterapia hiperbárica, promovendo ações de melhoria;

ff) o setor mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos riscos assistenciais e define melhorias;

gg) o setor gerencia a efetividade dos treinamentos, promovendo ações de melhoria; e

hh) o setor gerencia a utilização racional de oxigenioterapia hiperbárica, promovendo ações de melhoria.

3.26.11 Assistência Farmacêutica

3.26.11.1 Conjunto de ações voltadas para assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais e o uso racional de medicamentos, compreendendo:

a) padronização;

b) planejamento;

c) aquisição;

d) armazenamento;

e) distribuição;

f) dispensação;

g) controle de qualidade;

h) acompanhamento da eficácia terapêutica e utilização dos medicamentos;

i) obtenção e difusão de informações sobre medicamentos; e

j) a educação continuada dos profissionais de saúde e do paciente.

3.26.11.2 A assistência farmacêutica é considerada em todos os processos assistenciais.

3.26.11.3 Parâmetros:

a) provê o uso seguro e racional de medicamentos; e

b) otimiza o gerenciamento do uso seguro e racional de medicamentos, promovendo a sinergia e a fluidez entre os processos e ações de melhoria e sustentando a continuidade do cuidado bem como o resultado assistencial.

3.26.11.4 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial da OMS;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) as atividades são planejadas, considerando-se as condições operacionais e de infraestrutura, de forma a viabilizar a execução dos processos de trabalho de forma segura;

d) a manutenção preventiva e corretiva das instalações é monitorada;

e) a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração, é monitorada;

f) a OMS estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e serviços, com base em boas práticas e evidências científicas;

g) o setor segue o Plano de Segurança do Paciente e as diretrizes dos seus protocolos;

h) o setor participa do planejamento interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade/dependência;

i) o setor acompanha, avalia e adequa, se necessário, o plano terapêutico estabelecido;

j) o setor atualiza os registros sobre as intervenções e a evolução do paciente, e estabelece relações e comunicação efetivas com profissionais e serviços, internos e externos, a fim de sustentar a continuidade do cuidado;

k) o setor avalia tecnicamente as prescrições, de acordo com critérios validados pela prática clínica, considerando o risco medicamentoso;

l) o setor estabelece critérios e procedimentos para uso de medicamentos de alta vigilância;

m) o setor disponibiliza e dispensa medicamentos assegurando a administração das doses indicadas, nos intervalos definidos e no período do tempo indicado;

n) o setor estabelece mecanismos e procedimentos para a administração segura de medicamentos, considerando: o paciente certo, medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, registro certo, indicação certa, apresentação farmacêutica certa e resposta terapêutica esperada;

o) o setor assegura ao paciente, familiares ou responsável, informações sobre o medicamento e o direito de recusa à administração;

p) o setor estabelece mecanismos e procedimentos para os casos de recusa do uso do medicamento por parte do paciente;

q) o setor considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando as suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do cuidado;

r) o setor monitora a indicação, eficácia terapêutica e reações adversas de medicamentos, com base em evidências clínicas;

s) o setor responsável assegura o suporte técnico e promove a educação continuada dos profissionais de saúde;

t) o setor monitora a prática medicamentosa nos processos assistenciais;

u) o setor orienta os pacientes e/ou acompanhantes para o uso seguro dos medicamentos, mantendo o sigilo da informação;

v) o setor estabelece processos farmacotécnicos seguros, que permitem obter boa qualidade de matéria-prima e produtos acabados;

w) o setor desenvolve ações de farmacovigilância;

x) o setor assegura ações interdisciplinares para a prática de reconciliação medicamentosa;

y) o setor estabelece mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de medicamentos;

z) o setor possui planos de contingência;

aa) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção e biossegurança;

bb) o setor identifica os riscos da assistência farmacêutica e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

cc) o setor estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

dd) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

ee) a OMS identifica, mede e compara custos e resultados relacionados à utilização de medicamentos;

ff) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria;

gg) o setor acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria; e

hh) o setor utiliza as informações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional, para a melhoria dos processos.

3.27 Apoio Técnico e Logístico

- Esta seção agrupa atividades transversais que auxiliam o bom funcionamento dos processos da organização que impactam diretamente no paciente.

3.27.1 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

- Atividade destinada à gestão do parque tecnológico da organização durante o seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, seleção, recebimento, teste de aceitação, capacitação, instalação, operação, manutenção e desativação de equipamentos de suporte para a assistência, utilizando meios próprios ou Serviço de Engenharia Clínica (SEC) contratado.

3.27.1.1 Parâmetros:

a) estabelece e implanta um programa para inspecionar, testar e manter o equipamento médico e documentar os resultados; e

b) possui um sistema para monitorar e atuar sobre notificações de perigos, *recalls*, incidentes notificáveis, problemas e falhas em equipamentos médicos.

3.27.1.2 Itens de verificação:

a) o setor responsável planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;

b) o setor responsável monitora a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração;

c) o setor responsável mantém o controle do inventário de equipamentos médicos;

d) o setor responsável estabelece critérios para definição de obsolescência de equipamentos médicos;

e) o setor responsável define planos de contingência que promovam a continuidade do cuidado e da prática clínica;

f) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis para realização da gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar;

g) o setor responsável identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço;

h) o setor responsável assegura que os equipamentos especializados são tratados apenas por pessoal treinado;

i) o setor responsável dispõe de mecanismos e procedimentos para a validação, rastreabilidade, conservação, utilização e descarte dos equipamentos;

j) o setor responsável estabelece diretrizes para a tecnovigilância e ações de melhoria;

k) o setor responsável estabelece comunicação efetiva com as áreas assistenciais e de apoio para assegurar a continuidade do cuidado e da prática clínica;

l) o setor responsável cumpre com as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

m) o setor responsável acompanha e avalia o desempenho e a vida útil do parque tecnológico, promovendo melhorias;

n) o setor identifica os riscos dos processos relacionados à Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los; e

o) o setor responsável estuda as ações implementadas para a minimização dos riscos, analisa os resultados obtidos e define melhorias.

3.27.2 Higienização

- Atividades destinadas à limpeza concorrente e terminal, desinfecção de ambientes e controle de pragas e vetores, aplicando-se, inclusive, a serviços terceirizados.

3.27.2.1 Parâmetros:

a) possui estrutura de pessoal suficiente e capacitado, com equipamentos e materiais adequados que asseguram a limpeza e higienização das áreas críticas e não críticas da organização, propiciando um ambiente seguro para a prática assistencial; e

b) realiza o monitoramento e a avaliação das atividades de higienização, promovendo as adequações necessárias.

3.27.2.2 Itens de verificação:

a) o setor possui profissionais com competências e capacitação compatíveis para atender as necessidades da organização;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço;

d) o setor gerencia a efetividade dos treinamentos, promovendo ações de melhoria;

e) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;

f) a OMS assegura a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor de higienização;

g) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais e equipamentos, com base em boas práticas e evidências científicas;

h) o setor e os profissionais de saúde assistencial cumprem as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

i) o setor e os profissionais de saúde assistencial definem procedimentos de higienização de acordo com as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

j) a OMS estabelece e monitora um programa de controle de pragas e vetores;

k) o setor identifica os riscos dos processos relacionados à higienização e desenvolve ações para eliminá-los ou atenuá-los;

l) o setor estuda as ações implementadas para minimização dos riscos, avalia os resultados obtidos e define melhorias;

m) os setores da OMS possuem protocolos para a realização da limpeza terminal e concorrente e monitoram o seu cumprimento;

n) o setor estabelece uma comunicação efetiva com as áreas assistenciais para o planejamento das atividades de limpeza terminal e concorrente;

o) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado da limpeza e higienização, promovendo ações de melhoria contínua; e

p) o setor alinha as suas atividades às demandas assistenciais.

3.27.3 Processamento de Materiais e Esterilização

- Atividades destinadas à limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de instrumental, dispositivos médicos implantáveis (DMI), equipamentos e materiais para a organização. Inclui itens próprios, de terceiros, de pesquisa, cedidos por meio de contratos e convênios, incluindo os equipamentos do atendimento móvel.

3.27.3.1 Parâmetros:

a) possui estrutura de pessoal técnico, infraestrutura e insumos adequados, que assegura a disponibilização de instrumentos e materiais médico-hospitalares para a continuidade do cuidado nas intervenções médicas; e

b) gerencia as etapas do processamento de materiais e esterilização, mantendo um processo consistente e articulado com a assistência, assegurando a continuidade do cuidado.

3.28.3.2 Itens de verificação:

a) os setores possuem profissionais com competências e capacitação compatíveis para atender as necessidades da organização;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço;

d) o setor gerencia a efetividade dos treinamentos, promovendo ações de melhoria;

e) os setores responsáveis planejam as atividades de modo a propiciar a execução dos processos de trabalho de forma segura, de acordo com as condições operacionais e de infraestrutura;

f) a OMS assegura a manutenção preventiva e corretiva das instalações;

g) a OMS assegura a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, incluindo a metrologia legal;

h) os setores estabelecem critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos e equipamentos, com base nas boas práticas;

i) os setores responsáveis estabelecem critérios e procedimentos de segurança para a limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de instrumentais e materiais médico-hospitalares, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) os setores responsáveis cumprem as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

k) os setores responsáveis estabelecem mecanismos e procedimentos para a rastreabilidade, conservação e descarte dos instrumentais e materiais médico-hospitalares, incluindo os cuidados extras a serem observados com as OPME;

l) os setores realizam e monitoram os testes biológicos, químicos e demais preparativos necessários para a esterilização, de acordo com as melhores práticas e as orientações técnicas aplicáveis, incluindo os cuidados extras a serem observados com as OPME;

m) os setores responsáveis asseguram a quantidade e a qualidade dos instrumentais e materiais médico-hospitalares para o atendimento da demanda da organização;

n) os setores cumprem as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

o) os setores responsáveis estabelecem planos de contingências;

p) os setores responsáveis identificam os riscos dos processos relacionados ao “Processamento de Materiais e Esterilização” e desenvolvem ações para eliminá-los ou atenuá-los;

q) os setores responsáveis estudam as ações implementadas para a minimização dos riscos, analisam os resultados obtidos e definem melhorias;

r) os setores responsáveis acompanham e avaliam o desempenho e o resultado dos processos, promovendo ações de melhoria; e

s) os setores responsáveis alinham as suas atividades com as demandas assistenciais.

3.27.4 Processamento de Roupas

- Ações voltadas para a coleta, separação, lavagem, secagem, classificação, reparação, distribuição e armazenamento da roupa, influenciando na segurança e qualidade da assistência.

3.27.4.1 Parâmetros:

a) assegura disponibilização de roupas às áreas em condições de higiene e qualidade; e

b) gerencia as etapas de processamento de roupas, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, assegurando a qualidade e continuidade do cuidado.

3.27.4.2 Itens de verificação:

a) os profissionais possuem competências e capacitação compatíveis para atender as necessidades da organização;

b) os profissionais são dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas;

c) o setor identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço;

d) o setor gerencia a efetividade dos treinamentos, promovendo ações de melhoria;

e) o setor planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;

f) a OMS assegura a manutenção preventiva e corretiva das instalações relativas ao processamento de roupas;

g) a OMS assegura a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos utilizados no processamento de roupas, incluindo a metrologia legal;

h) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, insumos e equipamentos, com base em boas práticas e evidências científicas;

i) o setor estabelece critérios e procedimentos de segurança para o sistema de coleta, separação e distribuição de roupa, com base em boas práticas e evidências científicas;

j) o setor assegura a quantidade e a qualidade da roupa para o atendimento da demanda da organização;

k) o setor cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção;

l) o setor cumpre as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e utiliza as boas práticas no manejo dos resíduos de serviços de saúde para minimizar o impacto ambiental;

m) o setor identifica os riscos dos processos relacionados ao processamento de roupa e desenvolve ações para sua eliminação ou redução;

n) o setor estuda as ações implementadas para minimização dos riscos, analisa os resultados obtidos e define melhorias;

o) o setor estabelece plano de contingência para o processamento de roupas;

p) o setor acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processamento de roupas, promovendo ações de melhoria; e

q) o setor alinha suas atividades às demandas assistenciais.

3.27.5 Segurança da Infraestrutura

- Atividades voltadas para garantir instalações seguras, funcionais e de apoio para pacientes, famílias, profissionais e visitantes. O gerenciamento deve estar dirigido para reduzir e controlar riscos, prevenir acidentes e lesões, e manter condições seguras de funcionamento.

3.27.5.1 Parâmetros:

a) planeja e implementa medidas preventivas de segurança para situações de rotina e de crises, e prepara a organização para realizar ações corretivas a fim de manter um ambiente seguro; e

b) gerencia as ações de segurança da infraestrutura, promovendo a sinergia e a fluidez entre processos, gerando ações de melhoria.

3.27.5.2 Itens de verificação:

a) a OMS segue as leis, regulamentos, códigos de segurança de construção e de incêndio;

b) a OMS desenvolve e mantém um programa de gerenciamento de riscos para as pessoas que utilizam ou trabalham na mesma;

c) a OMS estabelece mecanismos para a identificação e controle da entrada e saída de pessoas, materiais e equipamentos;

d) ao planejar obras de demolição, construção ou renovação, a OMS realiza uma avaliação de risco documentada;

e) a OMS possui um programa para o inventário, manuseio, armazenamento, uso, controle e descarte de materiais e resíduos perigosos;

f) a OMS desenvolve, mantém e testa um programa de gerenciamento de emergência, para responder às emergências e desastres naturais ou de outras naturezas, que tenham o potencial de ocorrer dentro da comunidade;

g) a OMS estabelece e implanta um Plano de Prevenção e Combate a Incêndio e Pânico (PPCIP);

h) a OMS testa regularmente a aplicação do PPCIP e documenta os resultados;

i) as rotas de fuga e as saídas de emergência constam dos planos de evacuação e de combate a incêndio e são sinalizadas de forma clara e de fácil compreensão;

j) a OMS estabelece e implanta um programa para assegurar que todos os sistemas utilitários operem de forma eficaz e eficiente;

k) os sistemas de serviços utilitários são inspecionados, mantidos e melhorados;

l) o programa de sistemas utilitários garante que a água potável esteja disponível em todos os momentos e disponibiliza fontes alternativas de água durante a interrupção do fornecimento ou contaminação;

m) a OMS testa seus sistemas de água e energia elétrica de emergência e documenta os resultados;

n) a OMS realiza, regularmente, o monitoramento da qualidade da água;

o) o programa de sistemas utilitários garante que a energia elétrica esteja disponível em todos os momentos e disponibiliza fontes alternativas de energia durante a interrupção do sistema ou falha;

p) os sistemas de gases, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descargas elétricas, climatização, telefonia, rede lógica, elevadores, caldeiras e geradores de energia, entre outros, são gerenciados, operados e controlados de acordo com o porte e dimensionamento às necessidades da OMS e as leis vigentes; e

q) os profissionais são treinados e conhecem seus papéis nos programas do hospital para segurança contra incêndio, segurança e proteção, materiais perigosos e emergências.

3.28 Auditoria em Saúde

- Refere-se ao processo de avaliação sistemática e controle utilizado nos serviços de saúde, com o objetivo de verificar a conformidade, a qualidade e a eficiência das ações e serviços prestados. Ela atua como uma ferramenta fundamental na gestão da saúde, permitindo a identificação de falhas, desvios, desperdícios, oportunidades de melhoria nos processos assistenciais e administrativos, tendo como foco a promoção da qualidade, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

3.28.1 Classificação

- A auditoria em saúde pode ser classificada de diferentes formas, de acordo com seu foco e momento de realização. Este Caderno adotará duas delas:

a) quanto ao momento:

(1) Auditoria Prévia ou Prospectiva: realizada antes da autorização ou execução de procedimentos, com o objetivo de verificar a pertinência e necessidade da intervenção;

(2) Auditoria Concorrente: realizada durante a internação ou execução do procedimento, com o intuito de acompanhar em tempo real os serviços prestados; e

(3) Auditoria Retrospectiva ou Posterior: realizada após a alta do paciente ou a finalização do atendimento, analisando documentos e contas para avaliar a conformidade com os protocolos e contratos;

b) quanto ao local de realização:

(1) Auditoria Interna: é realizada dentro da própria instituição de saúde, por profissionais pertencentes ao seu quadro funcional, com o objetivo de avaliar e monitorar continuamente os processos internos, garantindo conformidade com normas, protocolos e padrões estabelecidos pela própria instituição; e

(2) Auditoria Externa: é realizada por auditores dentro das instalações dos prestadores de serviço, com o objetivo de verificar e garantir que os serviços prestados estejam de acordo com contratos, legislações e padrões de qualidade exigidos.

3.28.2 Auditoria Externa

- O Chefe da Seção de Auditoria Externa deverá ser Oficial designado pelo Comandante/Diretor da OM/OMS e deve possuir conhecimentos técnicos, éticos e legais, além de habilidades de análise crítica, comunicação e tomada de decisão. É o responsável por assessorar o Comandante/Diretor, coordenar as auditorias realizadas em prestadores de serviços conveniados, apresentar as informações necessárias ao trabalho dos responsáveis pelo Setor de Licitações e Contratos/FuSEx e elaboração dos Referenciais de

Custo para o Edital de Credenciamento. Além disso, deve acompanhar e manter-se constantemente atualizado em relação às diretrizes, normas e regulamentos emitidos e divulgados pelo Escalão Superior, disponibilizando-os em arquivos acessíveis e organizados.

3.28.2.1 Parâmetros:

a) planeja e supervisiona todas as etapas da auditoria em prestadores de saúde externos, garantindo um atendimento ao paciente com qualidade e por um custo acessível; e

b) monitora os indicadores de desempenho e produtividade dos processos, implementando ações de melhoria contínua.

3.28.2.2 Itens de verificação:

a) a Seção de Auditoria consta no Organograma da OM/OMS vinculada ao Comando;

b) a Seção de Auditoria possui espaço físico dedicado para as atividades na OM/OMS que propicie a organização e o fluxo dos processos, incluindo o manuseio das faturas e o atendimento aos atores envolvidos, como beneficiários e credenciados, além de possuir os meios necessários para tal, como recursos de telefonia, informática, mobiliário, material de expediente e viatura administrativa para as atividades funcionais nas OCS;

c) as atividades da Seção de Auditoria Interna e Externa são separadas funcional e fisicamente, com as respectivas equipes publicadas em BI;

d) a chefia coordena as atividades das equipes de auditoria por meio de ferramentas que possibilitem cumprir metas de indicadores;

e) a Chefia realiza reuniões periodicamente e registra em Livro Ata;

f) os processos e subprocessos da Seção de Auditoria Externa estão mapeados, bem como sua Gestão de Risco e Planos de Contingência;

g) os indicadores de desempenho e de produtividade estão estabelecidos e são atualizados mensalmente;

h) as diretrizes apontadas pelas Normas sobre Auditoria Médica no âmbito do Exército Brasileiro são adotadas como:

(1) etapas de auditoria prévia, concorrente e posterior;

(2) separação das atividades de auditoria médica e de enfermagem; e

(3) adoção de relatórios;

i) a Chefia elabora o Cronograma Anual de Visitas Técnicas, que deverá ser aprovado pelo Cmt, Ch ou Dir UG FuSEx da OM/OMS, publicado em Boletim Interno e executado a todos os serviços contratados e credenciados, com o objetivo de identificar situações, impropriedades ou irregularidades na prestação dos serviços acordados;

j) a Chefia elabora, a critério do Comandante/Chefe/Diretor, um *checklist* para a realização das visitas técnicas, elabora os relatórios que deverão ser publicados em Boletim Interno, assim como as possíveis medidas e providências a serem adotadas, quando necessárias;

k) a documentação utilizada para auditagem está atualizada e disponibilizada para todos os membros da equipe como contrato de credenciamento, assinatura de periódicos em modo convencional ou em mídia eletrônica (SIMPRO, Brasíndice etc.), tabelas próprias, DMI negociados, formulário de auditoria prévia, entre outras;

l) as documentações norteadoras das atividades de Auditoria no âmbito do SSEx (Sistema de Saúde do Exército) são observadas e estão disponíveis para consulta:

(1) Normas para Evacuação Médica, Atendimento e Encaminhamento de Beneficiários dos Sistemas de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares (SAMMED), Ex-Combatentes (Ex-Cmb) e de Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis (PASS), em Unidade de Atendimento (UAt), Organização Civil de Saúde (OCS) ou por Profissional de Saúde Autônomo (PSA), EB30-N-20.015, 1ª Edição, 2022, aprovadas pela Portaria - DGP/C Ex nº 372, de 14 de fevereiro de 2022;

(2) Instruções Reguladoras para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares (EB30-IR-20.038), 1ª Edição, 2024, aprovadas pela Portaria - DGP/C Ex nº 508, de 12 de novembro de 2024;

(3) Rol de procedimentos da ANS com cobertura obrigatória atualizado;

(4) Diretriz de Utilização (DUT) do rol da ANS;

(5) pareceres técnicos da D Sau para procedimentos fora do Rol da ANS;

(6) mementos, protocolos, Caderno de Orientações Médicos Especializados;

(7) Instruções Reguladoras da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro – PASS;

(8) Notas Informativas da D Sau;

(9) Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares – SAMMED (EB10-IG-02.031); e

(10) Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), EB10-IG-02.032;

m) é realizada a gestão das Guias de Encaminhamento (GE) vencidas e arquivadas no SIRE, bem como a impressão, no último dia útil do mês, dos relatórios de Avaliação Externa para arquivamento;

n) a chefia elabora, diariamente ou semanalmente, o cronograma ou o plano de visitas e mantém atualizado o censo diário dos pacientes internados em OCS;

o) a chefia disponibiliza para toda a equipe os parâmetros atualizados estabelecidos nos contratos/Edital de Credenciamento da OMS;

p) a chefia realiza controle do efetivo (faltas, horário, afastamentos, férias, escalas de serviço) e promove um ambiente de trabalho adequado;

q) a chefia coordena atividades de capacitação periódica e incentiva a realização de cursos no meio civil, orienta a realização dos cursos oferecidos no Portal do EBAula relacionados à auditoria e publica em BI;

r) os integrantes da Seção de Auditoria participam da equipe multiprofissional responsável pela elaboração do Edital e do Contrato de credenciamento do SSEx, mantém-se informados sobre os valores de mercado praticados por outros convênios na Guarnição e negociam pacotes de serviços;

s) há planilha de controle de entrada das faturas até o pagamento das despesas interfaceadas com FuSEx e Tesouraria;

t) a Chefia sugere a aquisição de insumos demandados na etapa de auditoria prévia, como: equipos, curativos, dietas especiais, medicações oncológicas, imunobiológicos e curativos especiais;

u) a Chefia orienta os responsáveis do Setor de Licitações e Contratos e FuSEx para que faça constar nos Termos de Contrato/Credenciamento ou em Termos Aditivos, cláusula que estabeleça uma data limite mensal para apresentação das faturas e recurso de glosas administrativas que garanta o processamento das mesmas faturas e recurso de glosas dentro do mês vigente; e

v) as faturas com as respectivas GE auditadas, são lançadas em sistema informatizado ou em planilha específica e, em seguida são remetidas à seção FuSEx, mediante protocolo, para que esta contemple o “Mapa Aprovisionado” pela DPGO, confeccione o empenho por OCS/PSA e solicite as notas fiscais correspondentes.

3.28.3 Auditoria Prévia

- A Auditoria Prévia diz respeito às análises e autorizações prévias para exames, procedimentos, internações ou tratamentos solicitados, em conformidade com os parâmetros de cobertura previstos nas legislações vigentes e com o disposto nos Termos de Credenciamento celebrados. Esse tipo de auditoria tem caráter preventivo e é fundamental para assegurar que as condutas propostas estejam de acordo com protocolos clínicos, diretrizes de boas práticas, contratos firmados e regulamentações vigentes.

3.28.3.1 Parâmetros:

a) verifica a compatibilidade entre os códigos de procedimentos e os diagnósticos apresentados, avaliando se o tratamento indicado está de acordo com os protocolos assistenciais e normativos vigentes, além de realizar outras análises técnicas que determinarão a possibilidade de liberação do procedimento sem inconsistências ou irregularidades;

b) abrange a análise de procedimentos eletivos, especialmente os cirúrgicos e exames diagnósticos ofertados pelo prestador, desde que não se caracterizem como atendimento de urgência e/ou emergência; e

c) inclui também a análise de procedimentos que envolvam a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (DMI); procedimentos de custo elevado estejam ou não associados a intervenções cirúrgicas ou tratamentos oncológicos; solicitações que não possuam cobertura contratual, como procedimentos de finalidade estética ou caráter experimental conforme previsto no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998 (trata dos tipos de cobertura assistencial obrigatória) e, verificação de procedimentos para os quais o prestador não possua habilitação técnica específica.

3.28.3.2 Itens de verificação:

a) as atividades de auditoria prévia são realizadas por profissional médico e enfermeiro, e esses profissionais possuem especialização em Auditoria em Saúde;

b) as atividades de auditoria prévia são segregadas da auditoria posterior;

c) os profissionais que realizam auditoria prévia estão capacitados técnica e administrativamente para encaminhar o paciente para o tratamento apenas para os procedimentos cobertos pelo SSEx, observam se é eletivo ou de urgência e se pode ser realizado em rede própria ou na rede credenciada;

d) os profissionais realizam a consulta do paciente encaminhado para tratamento, evitando que a análise seja apenas documental, observam a documentação de identificação do usuário e os exames complementares que culminaram com o encaminhamento;

e) os profissionais responsáveis pela auditoria prévia possuem capacitação técnica e administrativa para autorizar o encaminhamento do paciente exclusivamente para procedimentos cobertos pelo SSEx. Durante a avaliação verificam se o atendimento é de caráter eletivo ou de urgência, assim como observam se o procedimento pode ser realizado em rede própria ou em rede credenciada;

f) os profissionais realizam a consulta do paciente com solicitação para tratamento, evitando que a análise seja apenas documental e observam a documentação de identificação do usuário, assim como os exames complementares que culminaram com o encaminhamento;

g) o auditor domina as documentações norteadoras das atividades de Auditoria no âmbito do SSEx e elabora o processo de autorização de tratamentos de alto custo;

h) o auditor prévio emite parecer sobre a solicitação de procedimentos, exames, internações ou tratamentos, quando solicitado;

i) a auditoria prévia dispõe de banco de dados atualizado de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) por especialidade médica;

j) na análise documental, o auditor recusa pedidos com letra ilegível, sem cobertura, sem conformidade ou incompletos, confere o registro do produto junto à ANVISA e estabelece contato com o médico assistente quando necessário;

k) os pedidos médicos que envolvem materiais, medicamento ou produtos de saúde são conferidos em relação a Lei de Genéricos, prescrições *off label*, protocolos de quimioterapia e uso de imunobiológicos, assim como peso, altura e dose da medicação;

l) o processo de autorização está organizado de forma que o tempo demandado seja o menor possível (ideal até 21 dias), o processo seja rastreável, o usuário seja comunicado em alguma eventualidade, haja continuidade por qualquer membro da equipe e possibilite um indicador de produtividade; e

m) a auditoria prévia é realizada na GE emitida pelo FuSEx a fim de conferir nome do usuário, nome do credenciado, procedimentos autorizados com as respectivas quantidades e valores, informações no campo observações, evitando distorções de gastos, como internações em especialidades diferentes da pretendida e liberação de GE indevidamente.

3.28.4 Auditoria Concorrente

- A auditoria concorrente é realizada durante a internação ou atendimento do paciente, com o objetivo de avaliar a qualidade, a pertinência e a conformidade dos serviços prestados. Essa avaliação é conduzida por meio de entrevistas com o paciente, contato com o médico assistente e equipe multiprofissional, bem como pela análise do prontuário clínico, verificando se os procedimentos, medicamentos e materiais utilizados seguem os protocolos estabelecidos e estão alinhados com a evolução do quadro clínico. Trata-se de uma prática que visa identificar e corrigir, em tempo oportuno, possíveis não conformidades, contribuindo para a otimização da assistência e para a redução de custos desnecessários.

3.28.4.1 Parâmetros:

a) realiza o acompanhamento contínuo das internações hospitalares, com foco na qualidade da assistência e na adequação do plano de cuidados individualizado, além de atuar na identificação de casos elegíveis para remoção hospitalar planejada para a OMS ou para assistência domiciliar, quando clinicamente indicado;

b) identifica e corrige, em tempo oportuno, possíveis não conformidades, contribuindo para a otimização da assistência e para a redução de custos desnecessários como: falta de justificativa médica para longa permanência, mudança ou inclusão de procedimentos sem liberação prévia, utilização de medicamentos especiais, órteses, próteses e materiais especiais sem liberação prévia; ausência de evoluções diárias e/ou registros incompletos.

3.28.4.2 Itens de verificação:

a) as atividades de auditoria concorrente são realizadas por profissional médico ou enfermeiro em todos os hospitais com beneficiários em tratamento e as visitas ocorrem regularmente e contam com apoio logístico necessário, incluindo viatura e fornecimento de combustível para a realização da atividade;

b) os profissionais responsáveis pela auditoria concorrente possuem capacitados técnica e administrativa para autorizar apenas os procedimentos cobertos pelo SSEx e, durante a avaliação, observam a possibilidade de mudança de complexidade de internação, assim como a de evacuação do paciente para a rede própria, tão logo a situação do paciente permita;

c) existe comunicação efetiva da Central de Internações das OCS credenciadas com o auditor concorrente e confecção do censo diário pela chefia, de modo que toda a equipe de auditoria tome conhecimento e providências;

d) o auditor concorrente domina as documentações norteadoras das atividades de auditoria no âmbito do SSEx e realiza autorizações oportunas decorrentes da realização das visitas diárias aos pacientes internados em OCS;

e) o auditor tem conhecimento sobre as prescrições do Conselho Federal de Medicina que, por meio do Código de Ética Médica (Resolução nº 2.217, de 2018), estabelece orientações específicas para a atuação de médicos auditores e, essas prerrogativas constam no rol de legislações aplicáveis à Seção de Auditoria, juntamente com outras normas pertinentes;

f) o auditor concorrente acompanha o tratamento em tempo real, mantendo diálogo com o paciente e seus responsáveis, quando necessário. Atua em conjunto com o médico assistente na discussão do caso clínico, solicita justificativas para prorrogações de internação, analisa as evoluções registradas no prontuário e emite relatório técnico referente à auditoria concorrente;

g) o auditor concorrente atua na prevenção de internações de caráter social, contribui para a agilização dos procedimentos indicados e, em casos de internações prolongadas, solicita o fechamento parcial das faturas, conforme previsto em contrato;

h) o auditor concorrente realiza o monitoramento das prescrições de medicamentos de alto custo, dietas especiais, solicitações de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), além do uso de hemocomponentes;

i) nos casos de cirurgias que envolvam um grande número de OPME/DMI e/ou de alto valor agregado, conforme determinação das Normas sobre Auditoria Médica no âmbito do Exército Brasileiro, o auditor concorrente realiza auditoria in loco, acompanhando as cirurgias para confirmação do uso dos DMI;

j) no caso de internações de urgências/emergências nas OCS, credenciadas ou não, o auditor concorrente realiza visita no menor tempo possível (sendo o ideal dentro de 48 horas), examina o paciente, emite parecer técnico sobre comprovação da situação de urgência/emergência e a necessidade ou não da permanência na OCS e, elabora o processo referente à tais internações;

k) o auditor providencia, junto ao FuSEx, a solicitação de emissão de Guia de Encaminhamento (GE) para todos os pacientes internados.

l) o auditor concorrente promove a remoção dos pacientes internados em Organizações Civis de Saúde (OCS) para a OMS tão logo sua condição clínica permita;

m) nos casos em que houver recusa de transferência da OCS para a OMS, por parte do paciente ou responsável legal, o auditor providencia a formalização da decisão por meio de termo de recusa de continuidade de tratamento pelo FuSEx;

n) no âmbito do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), a equipe técnica realiza aplicação do instrumento de avaliação NEAD, realiza visita domiciliar mensal para avaliação das condições do paciente, do ambiente e do atendimento prestado pela equipe multiprofissional, ratificando sempre com a família a importância da promoção da autonomia e da reabilitação do paciente no ambiente domiciliar;

o) a Seção de Auditoria Externa ou a Seção de Atenção Domiciliar (SAD), analisa os orçamentos apresentados, realiza reunião com o responsável legal para orientação sobre o funcionamento do programa e formalização da admissão, garantindo ao responsável o direito de escolher, entre os prestadores credenciados, aquele que executará os serviços, sendo colhida sua assinatura em termo de ciência e concordância, conforme previsto nas Normas de Atenção Domiciliar no Âmbito do Exército Brasileiro;

p) as prorrogações da Atenção Domiciliar são solicitadas e encaminhadas à Unidade Gestora, mensalmente, com o objetivo de dar continuidade à assistência prestada ao beneficiário para o próximo período. O encaminhamento ocorre previamente à execução do serviço, com no mínimo 10 (dez) dias antes do mês a que se refere o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), a fim de viabilizar a análise e a autorização em tempo oportuno;

q) para o acompanhamento dos pacientes admitidos no Programa de Atendimento Domiciliar, o auditor verifica a possibilidade e providencia o fornecimento de insumos pela Unidade Gestora; e

r) o auditor concorrente monitora os óbitos ocorridos nas OCS e atua na articulação junto ao FuSEx para emissão da Guia de Encaminhamento (GE) aos prestadores envolvidos, promovendo agilidade no fechamento das respectivas faturas.

3.28.5 Auditoria Posterior

- Consiste na análise detalhada das contas médicas após a conclusão do atendimento, realizada por equipe multidisciplinar, com ou sem o suporte do prontuário clínico. Essa avaliação considera o diagnóstico médico, os procedimentos realizados; exames e respectivos laudos; uso de materiais e medicamentos; taxas hospitalares; relatórios assistenciais da equipe multidisciplinar e a coerência entre todos esses elementos, permitindo o registro formal de eventuais não conformidades.

3.28.5.1 Parâmetros:

a) demonstra conhecimento dos processos de autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, tanto eletivos quanto de urgência, bem como dos documentos que norteiam a análise e o pagamento de contas médicas, incluindo referenciais de custos e rol de cobertura estabelecido pela legislação vigente; e

b) avalia o desempenho efetivo de cada prestador credenciado, identificando distorções e propondo medidas corretivas, com foco na melhoria contínua da qualidade dos serviços assistenciais prestados.

3.28.5.2 Itens de verificação:

a) o protocolista recebe, registra em planilha/suporte informatizado e apresenta todas as Guias de Encaminhamento das faturas no SIRE, discriminando as faturas de alto custo e óbitos, além de distribuí-las aos auditores;

b) após a auditoria da GE no SIRE, o responsável que realizou a conformidade dos valores imprime o relatório das guias auditadas disponível no sistema e anexa à fatura, no intuito de auxiliar e identificar o correto valor auditado referente a cada despesa;

c) os profissionais responsáveis pela auditoria externa posterior possuem capacitação técnica e administrativa adequada para a análise das contas hospitalares apresentadas pelos credenciados, estando em número suficiente para atender à demanda mensal de faturas protocoladas;

d) o auditor domina as documentações norteadoras das atividades de auditoria no âmbito do SSEx, tem acesso aos processos de autorização de procedimentos eletivos e utiliza os códigos de GLOSA padronizados nas Normas sobre Auditoria Médica no âmbito do Exército Brasileiro;

e) a auditoria externa posterior das contas hospitalares (internações, *Day Clinic*, PAD e atendimentos ambulatoriais) é realizada por auditores médicos e enfermeiros conforme sugerido pelas Normas sobre Auditoria Médica no âmbito do Exército Brasileiro;

f) as contas hospitalares são auditadas com base na comparação entre os dados faturados e as informações registradas no prontuário do paciente, disponível na OCS responsável pelo atendimento e/ou na própria OMS. Também são considerados os relatórios de visita hospitalar, laudos médicos, justificativas clínicas, boletins cirúrgicos e anestésicos, além das folhas de controle de materiais e medicamentos utilizados em sala cirúrgica;

g) realizado consenso in loco entre o auditor e o prestador de serviço, quando necessário, para esclarecimento de divergências e validação de informações;

h) o auditor de contas hospitalares acompanha o censo diário e solicita as autorizações e faturas correspondentes às altas administrativas;

i) o auditor carimba e assina todas as folhas lisuradas, além de elaborar o relatório de conformidade ou não conformidade para todas as faturas analisadas;

j) em caso de glosa de valores ou necessidade de esclarecimentos referentes à fatura em análise, existe um canal de comunicação efetivo e documentado com o credenciado, assegurando a transparência e a possibilidade de contestação ou complementação de informações dentro dos prazos estabelecidos; e

k) em caso de inconformidade, o auditor emite relatório de glosa direcionado à OCS/PSA credenciado e estes apresentam o recurso de glosa dentro do prazo contratualmente estipulado.

3.28.6 Auditoria Interna

- A sistemática de faturamento das Contas Internas destina-se a organizar as atividades relacionadas ao fechamento da conta hospitalar das UG/FuSEx que realizam internações hospitalares e/ou ambulatoriais, com o intuito de agilizar a auditoria dos registros no SIRE, sendo norteadas por tabelas próprias para auditoria no âmbito das Forças Armadas.

3.28.6.1 Parâmetros:

a) a Auditoria Interna mantém atenção contínua às observações e não conformidades apontadas pela Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, adotando as providências cabíveis com base nas recomendações emitidas, de modo a promover a correção de falhas, o aperfeiçoamento dos processos assistenciais e o cumprimento das normas vigentes; e

b) a Auditoria Interna atua na recuperação de despesas relacionadas a insumos e DMI utilizados na assistência, assegurando a correta alocação dos custos e a rastreabilidade dos recursos empregados. Além disso, evidencia a produtividade dos profissionais envolvidos no cuidado ao beneficiário, contribuindo para a avaliação de desempenho e a eficiência dos serviços prestados.

3.28.6.2 Itens de verificação:

a) a Seção de Auditoria consta no Organograma da OM/OMS vinculada ao Comando e está devidamente publicada em BI;

b) A Seção de Auditoria possui espaço físico dedicado para as atividades na OM/OMS que propicie a organização e o fluxo dos processos, incluindo o manuseio das faturas, além de possuir os meios necessários para tal, como recursos de telefonia, informática, mobiliário e material de expediente;

c) a chefia coordena as atividades das equipes de auditoria por meio de ferramentas que possibilitem cumprir metas de indicadores;

d) a chefia realiza reuniões periodicamente e registra em Livro Ata;

e) os processos e subprocessos da Seção de Auditoria Interna estão mapeados, bem como sua Gestão de Risco e os Planos de Contingência;

f) os indicadores de desempenho e de produtividade estão estabelecidos e são atualizados mensalmente;

g) as diretrizes apontadas pelas Normas sobre Auditoria Médica no âmbito do Exército Brasileiro são adotadas como:

(1) etapas de auditoria prévia, concorrente e posterior;

(2) separação das atividades de auditoria médica e de enfermagem; e

(3) adoção de relatórios;

h) a documentação utilizada para auditagem está atualizada e disponibilizada para todos os membros da equipe (como Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas - CISSFA, tabelas de valores de insumos atualizada pela Farmácia Hospitalar, valores de DMI, formulário de auditoria prévia preenchido para os processos eletivos autorizados, entre outras);

i) as documentações norteadoras das atividades de Auditoria no âmbito do SSEx são observadas e estão disponíveis para consulta:

(1) Instruções Reguladoras para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares (EB30-IR-20.038), 1ª Edição, 2024, aprovadas pela Portaria - DGP/C Ex nº 508, de 12 de novembro de 2024;

(2) Instruções Reguladoras para o Fornecimento de Medicamento de Custo Elevado e Produtos Médicos aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FuSEX), EB30-IR-10.004, aprovadas pela Portaria 139 - DGP, de 7 de julho de 2015 (Medicamento de Alto Custo);

(3) Rol de procedimentos da ANS com cobertura obrigatória atualizado;

(4) Diretriz de Utilização do rol da ANS;

(5) pareceres técnicos da D Sau para procedimentos fora do Rol da ANS;

(6) Mementos PASS-FuSEx, protocolos, Cadernos de Orientação Médicos Especializados, Notas e Informativos Técnicos; e

(7) Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas - CISSFA;

j) o Serviço de Auditoria mantém um sistema de protocolo para controle de entrada e saída dos prontuários e despesas dos pacientes que obtiveram alta hospitalar;

k) a chefia estabelece um cronograma de atividades que inclua prazos para entrega dos prontuários com o Comprovante de Despesa Médica (CDM) anexado referente ao período, pelos setores responsáveis dos pacientes que obtiveram alta hospitalar, sendo conveniente o limite máximo de 72 horas após cada evento;

l) a Seção de Auditoria recebe os prontuários para lisura devidamente revisados pela Comissão de Revisão de Prontuário da OMS, evitando que erros como falta de carimbos, checagem de prescrições, evolução da equipe multiprofissional, entre outros, sejam protocolados pela auditoria;

m) após a auditagem dos Comprovantes de Despesa Médica, o relatório de CDM auditado é impresso e juntado à fatura;

n) é realizada a gestão dos Comprovantes de Despesa Médica, no SIRE bem como a impressão, no último dia de cada mês, dos relatórios de Avaliação Interna para arquivamento;

o) a chefia possui controle do calendário de obrigações das atividades de auditoria:

(1) remessa de prontuários para arquivamento;

(2) remessa de relatório de despesa de outras Forças (MB e FAB) para o chefe do FuSEx; e

(3) remessa de relatório de auditoria para o Conformador da OMS;

p) a chefia realiza controle do efetivo (afastamento de militares: férias, licenças, faltas, horário de expediente, escalas de serviço) e promove um ambiente de trabalho saudável;

q) a chefia coordena atividades de capacitação periódica para todo o efetivo da OMS, além de incentivar os profissionais da Auditoria Interna na realização de cursos no meio civil e cursos oferecidos no Portal do EB Aula relacionados à auditoria e, publica em BI;

r) a chefia sugere a aquisição de insumos demandados na etapa de auditoria prévia, como equipamentos, curativos, dietas especiais, medicações oncológicas, imunobiológicos, curativos especiais;

s) O CDM para atendimentos ambulatoriais é gerado no momento de prestação da assistência por cada profissional envolvido, sendo posteriormente auditado por outro profissional.;

t) O CDM para atendimentos em regime de internação é gerado no momento de prestação da assistência por cada profissional envolvido sendo posteriormente auditado por outro profissional, paralelamente à lisura do prontuário;

u) a geração de CDM nos setores responsáveis nas OMS são realizadas de acordo com a internação da especialidade, assim como a realização dos procedimentos odontológicos, exames de imagem e laboratoriais, de acordo com o previsto no SIRE, no intuito de permitir a realização estatística fidedigna dos procedimentos realizados nas OMS pelo Escalão Superior;

v) a auditoria concorrente é realizada na OMS:

(1) visita aos pacientes internados; e

(2) acompanhamento de procedimentos cirúrgicos a serem realizados no bloco cirúrgico das OMS que envolvam o uso de DMI de alto valor agregado;

w) os DMI utilizados no Centro Cirúrgico são conferidos e auditados conforme os valores previstos nas atas dos pregões e, assim como os invólucros e etiquetas de uso único são anexados na ficha de consumo de materiais utilizados.

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1 O Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM), detalhadamente delineado neste Caderno de Orientação, consubstancia um marco fundamental para a evolução e o aprimoramento contínuo do Sistema de Saúde do Exército. A sua implementação transcende a mera função de um manual normativo; representa o firme compromisso do Exército Brasileiro com a prestação de uma assistência à saúde de excelência, centrada na segurança do paciente e na qualidade dos serviços ofertados à família militar.

4.2 A estrutura do programa, alicerçada nos pilares da Segurança do Paciente, Garantia da Qualidade e Excelência em Gestão, estabelece uma metodologia de avaliação abrangente e sistêmica. Por meio dos parâmetros de avaliação aqui descritos, as Organizações Militares de Saúde (OMS) dispõem de um roteiro claro e objetivo para identificar suas potencialidades e, sobretudo, suas oportunidades de melhoria. Este processo não possui um caráter punitivo, mas sim educativo e colaborativo, fomentando uma cultura de aperfeiçoamento constante e de cooperação entre as equipes.

4.3 Destarte, a adoção sistemática destes padrões de avaliação é uma ferramenta indispensável para a governança do Sistema de Saúde. Ela permite não apenas a padronização de boas práticas e a conformidade com as mais atuais diretrizes científicas e legais, mas também promove a otimização de recursos e a mitigação de riscos assistenciais.

4.4 Em suma, o PASAM é a materialização do empenho em assegurar que cada etapa do cuidado, desde a gestão organizacional até a assistência direta ao paciente, seja executada com a máxima eficiência, ética e humanidade. A sua aplicação reflete a busca incessante pela excelência, fortalecendo a confiança no Serviço de Saúde do Exército e garantindo uma assistência cada vez mais segura, eficaz e resolutiva para todos os seus beneficiários.

PROGRAMA
DE
ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR

CADERNO DE ORIENTAÇÃO Nº 2

PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO

1ª Edição

2025

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Pág.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO..... 3
1.1 Finalidade 3
1.2 Considerações Iniciais 3
1.3 Principais Definições 3
CAPÍTULO II - FUNDAMENTOS..... 8
2.1 Bases para o Acompanhamento 8
2.2 Benefícios do Acompanhamento..... 8
2.3 Os Agentes do Acompanhamento da Saúde 9
2.4 OMS a Serem Avaliadas 9
2.5 Tipos de Avaliação 10
2.6 Parâmetros de Pontuação 10
2.7 Preparação da OMS 10
2.8 Metodologia de Avaliação 11
2.9 Gerenciamento do Risco 11
CAPÍTULO III - ATIVIDADES 12
3.1 Autoavaliação..... 12
3.1.1 Pela Própria OMS 12
3.1.2 Pelo Inspetor de Saúde Regional 12
3.2 Pré-Avaliação 12
3.2.1 Composição da Equipe de Avaliação 12
3.2.2 Coordenação Logística 13
3.2.3 Documentos a Serem Enviados na Véspera (previamente)..... 13
3.3 Avaliação Presencial..... 13
3.3.1 Reunião Inicial..... 13
3.3.2 Revisão Documental..... 14
3.3.3 Reunião com as Comissões Obrigatórias..... 14
3.3.4 Abordagem nos Setores..... 14
3.3.5 Reuniões Diárias..... 15
3.3.6 Reunião Final..... 15

3.4 Pós-Avaliação..... 15
3.4.1 Relatório..... 15
3.4.2 Providências a Cargo das OMS..... 16
3.4.3 Providências a Cargo da Governança..... 16
CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES FINAIS..... 17
APÊNDICE I AO ANEXO B - CALENDÁRIO DE AVALIAÇÃO
APÊNDICE II AO ANEXO B - VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO
APÊNDICE III AO ANEXO B - VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS
APÊNDICE IV AO ANEXO B - FORMULÁRIO PARA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
APÊNDICE V AO ANEXO B - GERENCIAMENTO DE RISCOS

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

1.1 Finalidade

- Este caderno visa orientar o Sistema de Saúde do Exército sobre as etapas do processo de acompanhamento das Organizações Militares de Saúde (OMS) e de sua governança, com base nos fundamentos da Acreditação da Saúde Assistencial Militar.

1.2 Considerações Iniciais

1.2.1 O processo de Acompanhamento em Saúde, baseado nos fundamentos da Acreditação, abrangerá todas as OMS e ocorrerá de maneira periódica, reservada, não sendo recomendada a difusão ostensiva de seus resultados.

1.2.2 Acreditação é uma sistemática de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde.

1.2.3 O processo de Acompanhamento é permanentemente atualizado e aprimorado de acordo com as normas e comprovadas boas práticas que norteiam o atendimento assistencial de saúde.

1.2.4 O processo compreende dois tipos de avaliação: de Diagnóstico (1ª visita) e de Acompanhamento propriamente dito (demais visitas).

1.3 Principais Definições

1.3.1 Acreditação: é processo por meio do qual uma equipe experiente e multidisciplinar de avaliadores, conhecedora dos protocolos em saúde e sem vínculo com a organização de saúde avaliada, verifica o cumprimento de leis, normas, protocolos e padrões definidos para garantir a segurança de pacientes e colaboradores e a qualidade do atendimento assistencial.

1.3.2 Ambiência na saúde: compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

1.3.3 Atividades de promoção à saúde: são quaisquer atividades relacionadas à saúde individual e/ou coletiva que visa a reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, ou seja, visa a estimular o autocuidado.

1.3.4 Avaliação de Diagnóstico: tem caráter educativo e diagnóstico nos processos de melhoria contínua da saúde assistencial militar nas OMS. Busca reforçar a cultura de Segurança do Paciente, identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, promover a cooperação interna entre as pessoas e entre os processos, e complementar a capacitação dos novos avaliadores.

1.3.5 Avaliação de Acompanhamento propriamente dito: verifica como as OMS desenvolvem a saúde assistencial militar com base nos relatórios de avaliação anteriores. Tem por objetivo identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, complementar a capacitação dos novos avaliadores, atualizar a governança de saúde e sincronizar os esforços de minimização das oportunidades de melhoria, verificando ainda o nível de *compliance* da OMS.

1.3.6 Avaliador: é a pessoa que foi capacitada para atuar no acompanhamento da saúde assistencial militar. São considerados avaliadores seniores aqueles que tenham atuado como avaliadores em pelo menos três avaliações de OMS, de qualquer tipo, e avaliadores juniores aqueles que ainda não atingiram essa marca.

1.3.7 Boas práticas: são os conjuntos de procedimentos experimentados em instituições de saúde e recomendados por órgãos de referência como a Organização Mundial de Saúde (WHO), o Ministério da Saúde, a ANVISA ou a Diretoria de Saúde.

1.3.8 Cadeia terapêutica: é a integração de diferentes saberes e responsabilidades na padronização, compra, estocagem, prescrição, distribuição e utilização de medicamentos.

1.3.9 Comissões de Apoio à Gestão: são constituídas em convergência com as estratégias e acompanhadas pelas chefias para implementação de ações de melhoria. Elas não são obrigatórias.

1.3.10 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (CCIRAS): é a Comissão que coordena as atividades de investigação, prevenção e controle visando reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Realiza o trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, onde os casos de infecções são detectados e analisados. Também realiza um trabalho em conjunto com a Farmácia Hospitalar no Programa de Racionalização do Uso de Antimicrobianos Terapêuticos e Profiláticos (Portaria MS nº 2.616, de 1998, e as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército, EB10-N-02.001, aprovadas pela Portaria - C Ex nº 850, de 2019).

1.3.11 Comissão de Ética de Enfermagem: representam os Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existe serviço de enfermagem, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais da área (Resolução COFEN nº 593, de 2018).

1.3.12 Comissão de Ética Médica: é um órgão dentro das OMS que apoia os trabalhos do Conselho Regional de Medicina, ao qual é subordinada e vinculada, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina. Ela é subordinada e vinculada ao respectivo Conselho Regional e tem ligação com a D Sau, por intermédio da Direção da OMS (Resolução CFM nº 2.152, de 2016 e as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército, EB10-N-02.001, aprovadas pela Portaria - C Ex nº 850, de 2019).

1.3.13 Comissão de Farmácia, Terapia e Padronização de Materiais e Medicamentos: é instância de caráter consultivo e de assessoria cujas ações estão voltadas às atividades que visam promover o uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar.

1.3.14 Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde: é composta pelo Oficial de Controle Ambiental e membros necessários, que são responsáveis pela elaboração e implementação do Plano de Gestão Ambiental (PGA) e do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS), entre outras ações, com o apoio técnico da Seção de Meio Ambiente dos GEC, das RM e da DPIMA (Diretriz do Programa de Conformidade Ambiental do Sistema de Gestão Ambiental do Exército Brasileiro, EB50-D-04.001, 2ª Edição, 2023, aprovada pela Portaria - DEC/C Ex nº 075, de 2023).

1.3.15 Comissão de Revisão de Prontuário: avalia o preenchimento e o estado de conservação dos prontuários dos pacientes bem como promover sugestões de adequações dos formulários e fluxos de processos que implicam na qualidade dos prontuários e registros (Resolução CFM nº 1.638, de 2002, e as Normas para Implantação e Funcionamento da Recriação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Lisura de Contas Médicas e de Controle de Infecção Hospitalar em Organizações Militares de Saúde do Exército, EB10-N-02.001, aprovadas pela Portaria - C Ex nº 850, de 2019).

1.3.16 Comissão de Revisão de Óbitos: é quem faz a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal. Deverá ser composta por no mínimo três membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde (Resolução CFM nº 2.171, de 2017).

1.3.17 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA): é responsável pela prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Deve ser composta por representantes da Direção e integrantes da OMS e busca a harmonia entre o trabalho e a prevenção da vida e saúde dos profissionais (NR 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA). Como a CIPA é um termo vinculado a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), se recomenda o uso de um termo diferente em organizações regidas por estatuto, como no Exército.

1.3.18 Contrarreferência: é a transferência de um paciente um serviço de saúde especializado para uma unidade básica de saúde. É o caminho oposto da referência e deve ser definido por normas claras que estabeleçam mecanismos para o fluxo de pacientes, objetivando garantir a integralidade da assistência.

1.3.19 Dano: é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

1.3.20 Dispositivo Médico Implantável (DMI): é qualquer dispositivo, incluindo os que são parcial ou totalmente absorvidos, destinado a ser introduzido totalmente no corpo humano; ou a substituir uma superfície epitelial ou a superfície ocular, mediante intervenção clínica, e que se destine a permanecer neste local após a intervenção, ou ainda aquele destinado a ser introduzido parcialmente no corpo humano mediante intervenção clínica e a permanecer neste local após a intervenção por um período de, pelo menos, 30 dias.

1.3.21 Equipe de Gestão de Riscos e Controle da OMS: é composta por um chefe e seus membros, que são definidos a critério do Diretor da OMS. A ela compete elaborar o Plano de Gestão de Riscos, definir indicadores de desempenho, avaliar, revisar e adequar o processo de gestão de riscos da OMS (Política de Gestão de Riscos do Exército Brasileiro, EB10-P-01.004, 2ª Edição, 2018, aprovada pela Portaria - C Ex nº 004, de 2019).

1.3.22 Evento Adverso: é o incidente que resulta em dano ao paciente, causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta.

1.3.23 Eventos Sentinela: são ocorrências inesperadas ou variação nos processos envolvendo óbito, qualquer lesão física ou psicológica ou mesmo seu risco de ocorrer. De acordo com Rutstein e Cols (1983), evento sentinela é a detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada.

1.3.24 Farmacovigilância: é a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer outro problema relacionado a medicamentos.

1.3.25 Hemovigilância: é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas diferentes etapas a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e do receptor.

1.3.26 Incidente: é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

1.3.27 Incidente sem lesão: é o incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.

1.3.28 Limpeza Concorrente: é o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo: sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação.

1.3.29 Limpeza Terminal: é uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada).

1.3.30 Mecanismos de validação: são evidências documentadas que são estabelecidas para comprovar um alto grau de segurança a um processo específico, o que garante consistentemente que o produto esteja de acordo com as normas de qualidade.

1.3.31 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): é a Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

1.3.32 Odontologia Hospitalar: é a especialidade que se concentra nos cuidados das alterações bucais nos atendimentos com maior complexidade e visa diminuir o risco de infecções que têm origem na região bucal, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir o período de internação e conter o uso de medicamentos. A presença do cirurgião-dentista no atendimento de pessoas em internação foi a ideia central do Projeto de Lei nº 2.776, de 2008, e desde então tem tido repercussão na assistência odontológica para pacientes das UTI, portadores de doenças crônicas e pessoas que são atendidas em regime domiciliar, inclusive no modelo de *home care*.

1.3.33 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

1.3.33.1 Órtese: é peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico (Resolução Normativa - RN nº 338, de 2013/ANS).

1.3.33.2 Prótese: é peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. Compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (Resolução Normativa - RN nº 338, de 2013/ANS).

1.3.33.3 Materiais Especiais: são quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Anvisa.

1.3.34 Perfil Assistencial: é toda a oferta de atendimento ou de serviços assistenciais do hospital e por mudança a introdução de um novo serviço, o atendimento de um novo agravo ou a introdução de uma tecnologia, bem como a exclusão, a diminuição ou a ampliação de sua oferta.

1.3.35 Perfil Epidemiológico: é o estado de saúde de uma determinada comunidade. Traçar o perfil epidemiológico de uma população consiste de um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. Essa análise tem por objetivo elaborar o chamado “diagnóstico de saúde”.

1.3.36 Perfil Nosológico: é o conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.

1.3.37 Perigo: é qualquer fenômeno que tenha o potencial de causar ruptura no processo ou danos às pessoas e ao seu ambiente. Cada perigo possui uma classificação de risco.

1.3.38 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): é um documento que descreve um conjunto de procedimentos que devem ser adotados pelos estabelecimentos médico-hospitalares com o objetivo de diminuir ou eliminar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública e do meio ambiente.

1.3.39 Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP): é o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

1.3.40 Potencial evento adverso: incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos (*Near Miss*). A antiga tradução "Quase Erro" não é mais usada, pois dá a falsa ideia de que não houve erro, quando na verdade este ocorreu, mas foi percebido antes de atingir o paciente.

1.3.41 Prontuário do Paciente: é um documento único, confeccionado em papel ou eletronicamente, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Resolução CFM nº 1.638, de 2002).

1.3.42 Protocolos assistenciais: são documentos que padronizam o fluxo do manejo do paciente e são baseados nas evidências científicas encontradas na literatura e na experiência dos profissionais de saúde, sempre adaptados ao ambiente do serviço.

1.3.43 Referência: é a transferência de um paciente de uma unidade básica de saúde para um serviço de saúde especializado. É o caminho oposto da contrarreferência. Ambos devem ser definidos por normas claras que estabeleçam mecanismos para o fluxo de pacientes, objetivando garantir a integralidade da assistência.

1.3.44 Risco: é a probabilidade de ocorrência de um evento que afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

1.3.45 Segurança do paciente: é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

1.3.46 Serviço de Saúde: é o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

1.3.47 Suporte técnico: é toda atividade destinada à assessoria aos clientes internos, a fim de assegurar a eficácia do processo e notificação de resultados parciais alterados.

1.3.48 Tecnologias em Saúde: é o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

1.3.49 Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. Visa a segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "*in-vitro*").

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS

2.1 Bases para o Acompanhamento

- A base do Acompanhamento, conforme mostra a Figura 1, é a Segurança do Paciente, com vistas à redução dos eventos adversos que geram internações desnecessárias, aumentam o tempo de permanência do paciente na OMS e, até mesmo, podem levá-lo a óbito.

2.1.1 A outra grande componente da estrutura do sistema é a Garantia da Qualidade que somente será atingida com o cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Diretoria de Saúde e pela própria OMS.

2.1.2 O Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar visa a Excelência na Gestão de todo o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, desde a governança nos mais altos níveis até as Seções de Saúde nas Organizações Militares mais distantes.

Figura 1 - Fundamentos do PASAM

2.2 Benefícios do Acompanhamento

2.2.1 Reforça a cultura de Segurança do Paciente nas OMS, em consonância com a Organização Mundial da Saúde e com o Ministério da Saúde.

2.2.2 Reforça a cultura da qualidade nos serviços prestados e a busca da melhoria contínua.

2.2.3 Promove a cooperação interna entre os processos e entre as pessoas da OMS.

2.2.4 Atualiza a governança da saúde assistencial no Exército sobre as condições e o desempenho das OMS.

2.2.5 Identifica problemas sistêmicos relacionados aos serviços de saúde prestados pelas OMS.

2.2.6 Identifica os requisitos e os pontos nos quais atuar para a melhoria dos cuidados em saúde.

2.2.7 Identifica os pontos fortes e as oportunidades de melhoria.

2.3 Os Agentes do Acompanhamento da Saúde

- Todos os integrantes do Sistema de Saúde EB, militares e civis, em qualquer situação, são elementos fundamentais para o êxito do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar, pois a sua conduta, em todas as situações, e o seu compromisso de prestar serviços de qualidade com foco na segurança do paciente.

2.3.1 Os avaliadores do PASAM serão militares da ativa ou da reserva remunerada, integrantes ou não do Serviço de Saúde, e servidores civis do EB.

2.3.2 As equipes de avaliadores não poderão ser integradas por militares da OMS avaliada.

2.3.3 A capacitação dos avaliadores será coordenada pelo DGP e será regulada por norma específica.

2.3.4 O avaliador deverá possuir perfil de trabalho compatível com o de avaliador da acreditação em saúde do meio civil, conforme abaixo:

2.3.4.1 Educação e experiência mínimas:

a) ensino superior;

b) conhecimento sobre a legislação sanitária vigente;

c) experiência profissional total de pelo menos dois anos em atividades assistenciais e/ou em gestão na área da saúde.

2.3.4.2 Habilidades Pessoais:

a) ética;

b) trabalho em equipe;

c) boa comunicação;

d) bom relacionamento interpessoal;

e) proatividade;

f) administração do tempo;

g) administração de conflitos; e

h) organização e planejamento.

2.4 OMS a Serem Avaliadas

- O Acompanhamento atua desde a governança do Sistema de Saúde do Exército, no mais alto nível, até a OMS de menor porte, atingindo transversalmente, todas as Formações Sanitárias das Organizações Militares, onde também deve ser observada a Segurança do Paciente.

2.4.1 Elegibilidade de uma OMS

- As OMS serão avaliadas para fins de Acompanhamento por uma equipe constituída de avaliadores multidisciplinares desde que atendam simultaneamente os requisitos abaixo:

a) está em funcionamento por pelo menos um ano;

b) mantém a prestação continuada de pelo menos 75% dos serviços oferecem; e

c) realiza atendimento assistencial a pacientes, mesmo que apenas ambulatorial, com exceção dos Postos Médicos de Guarnição, os quais ainda poderão ser avaliados, nas condições a serem definidas em norma específica.

2.4.2 Adiamento da Avaliação

- Poderão ser adiadas as visitas de avaliação desde que ocorram motivos justificáveis que impactem as atividades da OMS, como desastres locais, epidemias, greves, grandes reestruturações ou outro evento relevante que possa comprometer a atividade.

2.5 Tipos de Avaliação

2.5.1 Avaliação de Diagnóstico: tem caráter educativo e diagnóstico nos processos de melhoria contínua da saúde assistencial militar nas OMS. São normalmente realizadas na primeira avaliação da OMS ou após um período maior de cinco anos sem ter sido avaliada.

2.5.2 Avaliação de Acompanhamento: verifica como as OMS desenvolvem a saúde assistencial militar com base nos relatórios de avaliação anteriores. Tem por objetivo maior sincronizar os esforços de minimização das oportunidades de melhoria, no entanto, seu foco de avaliação compreende o nível de compliance da OMS e todos os critérios de verificação.

2.6. Parâmetros de Pontuação

2.6.1 Os itens de verificação serão considerados como:

a) Ponto Forte (PF);

b) Ponto Parcialmente Forte (PPF); ou

c) Oportunidade de Melhoria (OM), caso se apliquem à OMS avaliada.

2.6.2 Os itens que Não se Aplicam (NA) não serão considerados para fins de avaliação.

2.6.3 A cada item de verificação aplicável corresponderá uma pontuação:

a) Pontos Fortes (PF) equivalem a 10 (dez) pontos:

b) Pontos Parcialmente Fortes (PPF) a 5 (cinco) pontos; e

c) Oportunidade de Melhoria (OM) a zero pontos.

2.6.4 Aqueles que Não se Aplicam não serão computados no cômputo total das médias.

2.7 Preparação da OMS

2.7.1 Preparativos iniciais

- As atividades de preparação devem se basear nos cadernos de padrões e processos do PASAM.

2.7.2 Autoavaliação:

a) realizada pela própria OMS, com a orientação de um profissional que tenha concluído com aproveitamento o Estágio de Capacitação de Avaliadores para Acreditação da Saúde Assistencial Militar no Exército Brasileiro (PAFM01), utilizando como base os itens de avaliação previstos no caderno de padrões.

b) realizada pelo Inspetor de Saúde Regional (Insp Sau Reg), com a participação dos profissionais responsáveis pelas atividades de acompanhamento da OMS, utilizando como base os itens de avaliação previstos no Anexo A (Caderno de Orientação Nº 1 – Padrões de Avaliação).

2.7.3 Pré-Avaliação do PASAM

2.7.3.1 A pré-avaliação é não-presencial e consiste na disponibilização dos documentos listados no Apêndice II ao Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento), que devem ser enviados previamente à avaliação presencial, de acordo com o Calendário de Avaliação do Apêndice I ao

Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento), ou conforme definido em Ordem de Serviço.

2.7.3.2 Durante o período de pré-avaliação são feitas as coordenações necessárias e o apoio logístico para a chegada da equipe de avaliação e durante a realização da avaliação.

2.8 Metodologia de Avaliação

2.8.1 A equipe multidisciplinar de avaliadores será composta por profissionais das diversas áreas de saúde e de profissionais de gestão.

2.8.2 Todo avaliador deve ter a qualificação necessária e deve passar por treinamento específico para a atividade, conduzido pela equipe do PASAM.

2.8.3 Previamente, a equipe de avaliadores, de modo não presencial, verificará relatórios e informações da OMS, disponíveis nos sistemas gerenciais e processuais do Exército ou que sejam disponibilizados pelo própria OMS.

2.8.4 A avaliação verificará todas as áreas citadas no detalhamento da metodologia e indicará a classificação de cada item avaliado, segundo a complexidade e as particularidades das estruturas de cada OMS.

2.8.5 A OMS receberá um relatório da avaliação, com a descrição dos Pontos Parcialmente Fortes (PPF), das Oportunidades de Melhoria (OM) e uma pontuação, indicando a situação em que se encontra.

2.8.6 Os três principais aspectos que fundamentam a avaliação das OMS são:

a) a identificação da estrutura (física e RH);

b) a visualização de como os processos são desenvolvidos; e

c) a mensuração dos resultados produzidos.

2.9 Gerenciamento do Risco

2.9.1 O Gerenciamento do Risco deve ser implementado pelos Comandos, Chefias e Direções, e exercido em todos os escalões.

2.9.2 A atividade de Acompanhamento verifica o *status* desse gerenciamento com base nas políticas e ações adotadas pelas OMS, sob dois aspectos:

a) verificação da existência de uma política de Gestão de Riscos: que se exprime por uma clara aderência da organização e de seus indivíduos com a política de gestão de riscos definida pelo sistema de saúde e pela direção da OMS. Essa aderência pode ser verificada pelos princípios em uso, pela estrutura de apoio e pelos processos relacionados à gestão de riscos; e

b) análise de risco das oportunidades de melhoria verificadas: a cada item considerado oportunidade de melhoria, a equipe de avaliadores deverá empregar a matriz de análise de risco prevista no Apêndice V deste Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento), que considera a oportunidade de melhoria sob duas variáveis:

(1) a sua abrangência nos diversos setores ou processos da OMS; e

(2) a probabilidade da ocorrência de acidentes ou eventos adversos.

2.9.3 O detalhamento da verificação dos dois aspectos acima está descrito no Apêndice V deste Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento).

CAPÍTULO III

ATIVIDADES

3.1 Autoavaliação

3.1.1 **Pela Própria OMS**

3.1.1.1 Como parte do processo de preparação para o Acompanhamento, a OMS pode realizar a sua autoavaliação, utilizando as referências do PASAM.

3.1.1.2 É recomendável que a atividade conte com a orientação de um profissional que tenha concluído com aproveitamento o Estágio de Capacitação de Avaliadores para o Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar no Exército Brasileiro (PAFM01). Este poderá esclarecer as referências utilizadas e orientar sobre procedimentos, além de assessorar a direção e demais lideranças sobre como se prepararem para futuras avaliações.

3.1.1.3 A autoavaliação não precisa seguir o mesmo calendário utilizado em uma avaliação com a equipe de avaliadores, podendo a OMS adaptar as verificações com as demais atividades que executa. No entanto, é importante que não sejam omitidos itens de verificação, especialmente aqueles mais recorrentes, que traduzem de forma sistêmica os serviços e processos que permeiam toda a organização e consequentemente, tendem a ter um maior impacto na assistência aos pacientes.

3.1.1.4 Os resultados da autoavaliação devem ser registrados e posteriormente comparados com os da avaliação formal do PASAM, a fim de fornecer à OMS subsídios para ajustar sua atividade de modo a obter um entendimento mais preciso sobre a sua realidade e as oportunidades de melhoria existentes, o que permitirá eleger prioridades e definir as melhores soluções.

3.1.1.5 As autoavaliações promovidas pela própria OMS podem ser executadas e são uma excelente ferramenta para a sua preparação para a avaliações do PASAM.

3.1.2 **Pelo Inspetor de Saúde Regional**

3.1.2.1 A autoavaliação realizada pelo Inspetor de Saúde Regional é definida pela Região Militar (RM) de vinculação, que estabelece a ordem de prioridade das OMS a serem avaliadas e define a composição da equipe, que pode incluir pessoas capacitadas pelo PASAM, mas que sirvam em outras organizações militares.

3.1.2.2 Os procedimentos da autoavaliação conduzida pela RM seguem o previsto para a autoavaliação realizada pela OMS, quanto ao uso das referências do PASAM, da flexibilidade de execução e do registro dos resultados para comparação com a avaliação formal do PASAM.

3.2 Pré-Avaliação

3.2.1 Composição da Equipe de Avaliação

3.2.1.1 A equipe de avaliação deve ser composta com um avaliador por Seção de avaliação, conforme definido no Anexo A (Caderno de Orientação Nº 1 – Padrões de Avaliação).

3.2.1.2 É recomendável que a avaliação das seções consideradas assistenciais recaia sobre avaliadores técnicos da área de saúde.

3.2.1.3 A tabela abaixo ilustra melhor o perfil da equipe de avaliadores:

Seção	Cargo	Competências
Gestão Organizacional	Oficial, preferencialmente superior.	Formação em gestão em Saúde, desejável ter experiência.
Segurança do Paciente	Oficial, preferencialmente superior, da área de Saúde.	Formação na área de saúde e aperfeiçoado, com experiência na assistência.
Cuidado Centrado na Pessoa		
Diagnóstico e Terapêutica		
Apoio Técnico e Logístico	Oficial ou graduado.	Aperfeiçoado, com conhecimento técnico sobre as áreas que irá avaliar.
Auditoria em Saúde	Oficial, preferencialmente superior.	Formação na área de saúde e aperfeiçoado, com especialização em Auditoria de Contas Médicas.

Tab. 1 - Perfil da Equipe de Avaliadores

3.2.1.4 O chefe da equipe será o(a) Chefe do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar.

3.2.2 Coordenação Logística

- As atividades de coordenação logística visam prover a hospedagem, apoio de transporte e refeições para a equipe de avaliação, durante o período de avaliação presencial, de acordo com o definido em Ordem de Serviço específica.

3.2.3 Documentos a Serem Enviados na Véspera (previamente)

3.2.3.1 Os documentos a serem enviados com antecedência para a equipe de avaliação estão listados no Apêndice II deste Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento).

3.2.3.2 Tais documentos visam permitir que os avaliadores possam previamente estudar alguns dos principais aspectos da OMS e conseguirem o melhor rendimento possível nas atividades presenciais, sem dispender tempo lendo essa documentação durante a visita, o que otimiza a avaliação e os custos da atividade.

3.3 Avaliação Presencial

- A avaliação presencial é o evento que permitirá uma análise profunda da situação e dos desafios enfrentados pela OMS.

3.3.1 Reunião Inicial

3.3.1.1 A reunião inicial é feita no primeiro dia com as principais lideranças da OMS e tem por objetivo apresentar à OMS a equipe de avaliação, coordenar os trabalhos e manter as pessoas informadas sobre as atividades.

3.3.1.2 Participam todos os integrantes da equipe de acompanhamento, a Direção da OMS e as principais lideranças. Nela, a Direção faz uma breve apresentação, a fim de ambientar a equipe do PASAM acerca da OMS.

3.3.2 Revisão Documental

- Grande parte das evidências procuradas estão registradas em documentos, o que faz da revisão documental uma relevante parte do processo de avaliação.

3.3.2.1 Revisão de Documentos

- Todos os planos, protocolos e processos, entre outros documentos que definem as políticas e diretrizes da OMS devem ser objeto de avaliação. Boa parte é enviada antecipadamente e analisada nas semanas de pré-avaliação. Os demais documentos são verificados durante a avaliação presencial.

3.3.2.2 Revisão dos Registros Profissionais

3.3.2.2.1 A verificação dos registros profissionais é um aspecto importante e contribui para a melhora do compliance da organização.

3.3.2.2.2 Além da confirmação da graduação ou formação requerida para cada cargo, o registro nos respectivos conselhos de classe também é algo a ser verificado.

3.3.2.2.3 A obtenção de especializações e certificações específicas, que permitam ao profissional exercer atividades e realizar procedimentos críticos é um aspecto ainda mais profundo na revisão, e fundamental para que a OMS esteja de acordo com a legislação vigente.

3.3.2.3 Revisão de Prontuários

3.3.2.3.1 Os prontuários que contém os registros dos pacientes são uma das principais fontes de informação para desenvolver a segurança do paciente e para atender ao compliance da organização, além de fornecerem indicadores para a análise e melhoria dos processos assistenciais.

3.3.2.3.2 A atividade de verificação de prontuários é definida no Apêndice III deste Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento).

3.3.3 Reunião com as Comissões Obrigatórias

3.3.3.1 A verificação da existência e atuação das comissões obrigatórias é outra atividade que contribui para o compliance da organização.

3.3.3.2 Uma das melhores e mais rápidas formas de se fazer isso é reunindo os seus representantes com o avaliador encarregado da Gestão Organizacional, onde boa parte dessa avaliação é feita.

3.3.3.3 Os procedimentos para a reunião são definidos entre a equipe de avaliação, a direção e os integrantes das diversas comissões, por ocasião da avaliação.

3.3.3.4 É recomendável que pessoas-chave não estejam ausentes a essa reunião.

3.3.4 Abordagem nos Setores

3.3.4.1 A visita aos setores depende de coordenação feita entre o avaliador e os respectivos responsáveis técnicos.

3.3.4.2 A fim de entender como determinado serviço ou processo ocorre, o avaliador tem pelo menos três abordagens:

a) entrevistar os profissionais;

b) verificar documentos e a estrutura; e

c) observar o processo, ou parte dele, sendo executado.

3.3.4.3 Caso a observação não seja possível, o avaliador pode solicitar aos profissionais que descrevam as etapas do processo, até um nível de detalhamento que permita ao mesmo avaliador entender como ele é realizado e inferir o quanto está de acordo com os itens de verificação do Anexo A (Caderno de Orientação Nº 1 – Padrões de Avaliação).

3.3.4.4 A atitude do avaliador deve ser cordial e profissional, mas também firme, no sentido de ter uma clara percepção de como as coisas funcionam no setor visitado. Precisa ter em mente que os processos não são estanques, mas permeiam a organização e o seu ambiente.

3.3.4.5 O avaliador não pode coletar nomes de pessoas, a não ser para verificar outras evidências onde o nome seja necessário, mas essa informação jamais deve constar de um relatório ou uma exposição verbal. Da mesma forma, o avaliador não irá registrar imagens de qualquer tipo das pessoas ou dos locais visitados.

3.3.4.6 Essas medidas visam integrar a equipe de avaliação com as equipes de trabalho e preservar os profissionais e a própria organização.

3.3.4.7 O foco da avaliação não é no indivíduo, mas na estrutura, nos processos e nos resultados da OMS.

3.3.5 Reuniões Diárias

3.3.5.1 Ao término de cada jornada de trabalho, a equipe de avaliação se reúne brevemente para a troca de informações sobre o que observou durante o dia.

3.3.5.2 São feitas coordenações para o dia seguinte e o chefe da equipe tem como identificar situações e fatos que julgue necessário levar ao conhecimento da direção da OMS, especialmente sobre as oportunidades de melhoria que requeiram solução imediata e os problemas sistêmicos verificados na unidade.

3.3.6 Reunião Final

- Ao término do último dia de trabalho, os avaliadores apresentam, para a Direção da OMS e suas principais lideranças, os achados mais relevantes e abordam as oportunidades de melhoria consideradas críticas na análise de risco que requeiram providência imediata, deixando o detalhamento para constar no relatório da avaliação.

3.4 Pós-Avaliação

- As atividades de pós-avaliação se traduzem na produção do relatório de avaliação, que conterá o registro de tudo o que foi verificado, e os planos de ação que dele advirão, por parte da governança e das OMS avaliadas.

3.4.1 Relatório

3.4.1.1 O registro dos achados nas visitas é uma parte fundamental do processo de avaliação, pois é a partir dos relatórios que os gestores e a governança terão um panorama de como estão as OMS e o sistema de saúde em si.

3.4.1.2 O registro detalhado e consistente das avaliações permite com o tempo construir séries históricas que permitirão compreender como tem sido tratadas as oportunidades de melhoria, possibilitando ações corretivas voltadas às metas estabelecidas.

3.4.1.3 Para tanto, o relatório precisa ser objetivo, claro e ao mesmo tempo abrangente, de modo a possibilitar que a Direção da OMS e a governança façam o direcionamento necessário, mas também permitir ao gestor ou responsável técnico pelos setores ou serviços prestados ajustarem os seus processos de atendimento.

3.4.1.4 A formatação do relatório deve atender a esses princípios, mas sua organização e conteúdo deve ser continuamente aprimorada, a fim de realmente servir como uma ferramenta de gestão que fundamente as ações a serem desencadeadas.

3.4.1.5 Apesar dessa liberdade de formato, é interessante que as informações-chave sejam mantidas, a fim de gerar as séries históricas comentadas acima.

3.4.1.6 Pontuação

3.4.1.6.1 A pontuação seguirá o preconizado no Capítulo II – Fundamentos, deste Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento), atribuindo:

a) 10 (dez) pontos para os pontos fortes,

b) 5 (cinco) pontos para os pontos parcialmente fortes; e

c) zero pontos para as oportunidades de melhoria

3.4.1.6.2 Os itens que não se aplicam não computarão nas médias.

3.4.1.6.3 A pontuação será aplicada a cada item de verificação e serão calculadas as médias para cada Seção e Subseção do Anexo A (Caderno de Orientação Nº 1 – Padrões de Avaliação).

3.4.1.7 Descrição das oportunidades de melhoria

- Os itens de verificação julgados parcialmente fortes ou oportunidades de melhoria precisarão ter uma descrição sucinta das deficiências e oportunidades de melhoria identificadas, a qual deverá ser objetiva, clara e suficientemente detalhada para que a OMS e os profissionais demandados para a sua correção possam facilmente identificar onde é o problema e no que precisarão tomar providências.

3.4.2 Providências a Cargo das OMS

3.4.2.1 Plano de Ação para as Oportunidades de Melhoria e Gerenciamento de Riscos.

3.4.2.2 A OMS deverá desenvolver um plano de ação para tratar as oportunidades de melhoria verificadas, especialmente e com maior urgência as mais críticas, seguindo a padronização de planejamento e de gestão organizacional preconizada pelo Exército.

3.4.3 Providências a cargo da Governança

3.4.3.1 Plano Estratégico

- A governança poderá desenvolver um planejamento estratégico para abordar as oportunidades de melhoria sistêmicas verificadas no Sistema de Saúde. Também poderá desenvolver planos de ação para buscar soluções às oportunidades de melhoria pontuais que tenham impacto relevante na assistência e que não possam ser resolvidas no âmbito das OMS.

3.4.3.2 Em novas avaliações, o processo deve se repetir, continuamente, permitindo girar o Ciclo PDCA, que é uma metodologia de gestão de projetos e processos que visa a melhoria contínua. Ele consiste em quatro etapas iterativas: Planejar (*Plan*), Fazer (*Do*), Verificar (*Check*) e Agir (*Act*). O objetivo principal é identificar problemas, implementar soluções e garantir que as melhorias sejam sustentáveis.

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1 O processo de Avaliação, detalhado neste Caderno de Orientação, revela-se como a pedra angular do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM). Longe de ser um mero ato fiscalizatório, a avaliação constitui-se como uma ferramenta de gestão indispensável para a promoção da melhoria contínua e a busca incessante pela excelência no Sistema de Saúde do Exército.

4.2 A metodologia que abrange desde a autoavaliação até as visitas presenciais, fundamenta-se em pilares essenciais como a Segurança do Paciente e a garantia da qualidade ao identificar sistematicamente os pontos fortes, as oportunidades de melhoria, e os riscos associados aos processos, o PASAM fornece subsídios concretos para que as Organizações Militares de Saúde (OMS) e a governança do Sistema de Saúde do Exército possam tomar decisões mais assertivas.

4.3 As avaliações, com seu caráter educativo e diagnóstico, fomentam uma cultura de transparência, aprendizado e cooperação entre as equipes. O resultado é um ciclo virtuoso de aprimoramento, no qual os relatórios e planos de ação permitem não apenas corrigir falhas pontuais, mas também identificar e solucionar problemas sistêmicos que impactam toda a rede de saúde do Exército.

4.4 Portanto, a implementação e o engajamento de todos os agentes neste processo de acompanhamento são fundamentais. A avaliação transcende a conformidade com padrões e se torna o principal instrumento para assegurar uma assistência à saúde cada vez mais segura, eficaz e alinhada às melhores práticas, consolidando a excelência na gestão e no cuidado com a família militar.

APÊNDICE I AO ANEXO B
CALENDÁRIO DE AVALIAÇÃO

NR ORDEM	QUANDO	ATIVIDADE	COMENTÁRIOS
1	De 8 a 10 semanas antes da avaliação	Preparação e despacho da Ordem de Serviço (OS) da avaliação.	A OS pode incluir mais de uma OMS, as quais seriam avaliadas na mesma viagem da equipe.
2	De 4 a 6 semanas antes da avaliação	Contatos e ajustes administrativos com as pessoas e as organizações envolvidos na avaliação.	Além dos acertos administrativos previstos, é o momento também para orientar e acompanhar a preparação das OMS.
3	Semana anterior à avaliação presencial	Verificação da documentação prevista no Apêndice II ao Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 do PASAM – Processo de Acompanhamento).	Normalmente se trata de informação de acesso ostensivo, enviada por *e-mail*. Esta verificação preliminar é normalmente realizada à distância, mas podem ocorrer visitas presenciais para verificação de documentos, caso isso seja necessário e tenha sido devidamente acertado entre a Equipe de Avaliação e a Direção da OMS. Durante a semana de avaliação presencial, as OMS devem disponibilizar os originais para a equipe do PASAM.
4	Semana de Avaliação	No primeiro dia, é feita uma reunião com as principais lideranças da OMS e quem mais a direção julgar interessante chamar para um primeiro contato com a equipe.	Nessa oportunidade ocorre uma breve apresentação do Diretor sobre a OMS e uma breve explanação sobre como a equipe conduzirá os trabalhos durante a avaliação.
5	Semana de Avaliação	As atividades diárias subsequentes podem ser precedidas de uma breve reunião com a Direção e as principais lideranças do hospital, em que a equipe discute as principais observações do dia anterior e passa suas impressões aos interessados.	Esse contato diário com as lideranças pode ser necessário para o bom andamento da avaliação. Momento para coordenar as atividades e manter o envolvimento da OMS.

NR ORDEM	QUANDO	ATIVIDADE	COMENTÁRIOS
6	Semana de Avaliação	Durante o período da Avaliação, é disponibilizada sala reservada aos avaliadores, com apoio de TI com computadores, acesso à internet, aplicativo Microsoft Excel e impressora local.	O aparato serve para a troca de experiências entre os avaliadores e o preenchimento da planilha de avaliação. Na maioria do tempo, os avaliadores estarão percorrendo os setores da OMS relacionados às suas Seções de Avaliação. A sala reservada visa não expor assuntos sensíveis.
7	Semana de Avaliação	No período da manhã, ocorre a visita aos setores da OMS, acompanhados por integrantes da OMS escalados para tal.	Os acompanhantes dos avaliadores, também anotam as observações feitas, servem de guia e de testemunha das ações do avaliador. Para tanto, se pede que escalem pessoas que conheçam a OMS e com algum conhecimento sobre os assuntos a serem verificados pelos avaliadores.
8		Por ocasião do almoço, a equipe ocupará, preferencialmente, mesa exclusiva no refeitório para que possa aproveitar aquele horário para discutir e coordenar as atividades do dia.	Todo momento deve ser aproveitado e no almoço é um dos poucos em que toda a equipe está reunida. A mesa exclusiva é para não expor assuntos sensíveis.
9		À tarde, continua a visita aos setores da OMS, sempre acompanhados por integrantes da OMS escalados para tal.	Toda observação feita corrobora para a avaliação final. Mesmo situações ou eventos não relacionados com a área de determinado avaliador devem ser anotados e informados ao avaliador interessado para que esse último verifique e aprimore sua percepção sobre a OMS
10		No último dia de avaliações, será apresentada uma prévia do Relatório da Avaliação à Direção e às principais lideranças da OMS.	Nesse momento, todos os avaliadores fazem um breve apanhado do que constataram sobre suas seções de avaliação. Não é o momento para réplicas ou justificativas. Essas intervenções devem ser realizadas pelos interessados durante as visitas, em privado.

NR ORDEM	QUANDO	ATIVIDADE	COMENTÁRIOS
11	Até o segundo dia útil após a avaliação	Entrega das planilhas preenchidas pelos avaliadores.	Todos os itens a cargo do avaliador precisam estar preenchidos, por isso a planilha acusa quando um item está com lançamento duplo ou em branco, ou ainda quando um ponto parcialmente forte ou oportunidade de melhoria não tenha sido comentado. É necessário esmero na redação, para evitar enganos na interpretação e atrasos na entrega do relatório devido às revisões de texto. O conteúdo das planilhas é considerado Material de Acesso Restrito.
12	Até o oitavo dia útil após a avaliação	Conclusão do Relatório	Esse prazo só será possível se as atividades anteriores forem feitas no tempo previsto. É importante finalizar logo o relatório para que as informações estejam disponíveis para a OMS e para a governança do Sistema de Saúde do Exército no menor prazo possível. O relatório é considerado Material de Acesso Restrito.
13	Até o décimo dia útil após a avaliação	Despacho do Relatório com o Chefe do DGP, Chefe da APG e com o Diretor de Saúde.	A apresentação contempla, principalmente, as principais oportunidades de melhoria verificadas, as possíveis consequências e as respectivas sugestões de linhas de ação.
14	Até o décimo segundo dia útil após a avaliação	Envio do relatório	São enviadas cópias do Relatório de Avaliação para a Diretoria de Saúde, Região Militar de vinculação e para a própria OMS.

APÊNDICE II AO ANEXO B
VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Nos períodos de Pré-Avaliação e de Avaliação Presencial está prevista a verificação de documentação. A fim de otimizar o tempo na fase presencial de avaliação, a equipe realiza uma leitura e análise prévia da documentação ostensiva (listada no Quadro 2 deste Apêndice) enviada pela OMS com antecedência.

A documentação sigilosa será verificada "*in loco*" na semana da avaliação presencial, conforme abaixo:

CHECKLIST	SEMANA DA AVALIAÇÃO PRESENCIAL
Quem participa?	Participam os integrantes da equipe de acompanhamento e os responsáveis por disponibilizar a documentação, que deverão estar em condições de prestar os esclarecimentos necessários.
Onde deve ser realizada?	Se agendada, em local onde o ambiente permita a verificação segura e a documentação prevista esteja acessível, mas normalmente ocorre nos locais visitados pelos avaliadores.
Quais documentos devem estar disponíveis?	Aqueles solicitados pela equipe de avaliação durante a fase presencial.
Quando e por quanto tempo deve ocorrer?	A duração é variada e dependerá das circunstâncias e da decisão do avaliador.

Quadro 1 - Checklist da Semana da Avaliação Presencial

PROVIDÊNCIA	LISTA DE DOCUMENTOS/AÇÕES
A documentação ostensiva deve ser enviada em cópia digital até a semana anterior à semana de pré-avaliação e são listadas a seguir:	1. Plano de Gestão em vigor. 2. Organograma da alta administração (apenas as grandes divisões ou departamentos). 3. Croqui da OMS (apenas com a localização dos principais setores, para fins de planejamento das visitas). 4. Lista das principais lideranças (apenas Posto, Nome e cargo). 5. Lista de empresas ou profissionais contratados terceirizados, que prestam serviços de atendimento ou de diagnóstico na OMS. 6. Lista com os cinco diagnósticos mais frequentes nos pacientes atendidos pela OMS. 7. Lista com os cinco procedimentos mais realizados na OMS. 8. Lista dos cinco procedimentos de maior complexidade realizados na OMS. 9. Programa e protocolos de Prevenção de Acidentes. 10. Plano de Segurança do Paciente (PSP).

	11. Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS). 12. Protocolo do uso racional de antimicrobianos. 13. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). 14. Plano de Prevenção e Combate a Incêndio e Pânico (PPCIP). 15. Plano de Evacuação da OMS. 16. Outros programas ou políticas da OMS que estejam em vigor, desde que ostensivos. 17. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para os profissionais terceirizados que prestam serviço na OMS. 18. Procedimento Operacional Padrão dos processos mapeados da Seção de Auditoria. 19. Metas e Indicadores da Seção de Auditoria e Contas Médicas. 20. Edital de credenciamento de OCS/PSA com anexos e referencial de custos. 21. Modelo de contrato vigente, com OCS/PSA, utilizado pela RM/OMS. 22. Normas Gerais de Ação da Seção de Auditoria e Contas Médicas.
Obs.: Esta lista não exclui outros documentos que sejam necessários para a compreensão das políticas relacionadas ao paciente adotadas pela OMS.	

Quadro 2 - Lista da Documentação Ostensiva

APÊNDICE III AO ANEXO B
VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

O evento de verificação de prontuários visa avaliar detalhes de como a OMS trata a gestão da informação do paciente. Ela é uma atividade de suma importância, pois os prontuários são ferramenta de registro e consulta fundamental para a segurança do paciente e para atender ao *compliance* da organização, além de fornecerem indicadores para a análise e melhoria dos processos assistenciais.

CHECK LIST	SEMANA DA AVALIAÇÃO PRESENCIAL
Quem participa? Participam integrantes:	Participam os integrantes (da/o): 1. equipe de acompanhamento, que sejam da área assistencial de saúde; 2. chefia da Divisão Técnica ou equivalente; 3. Comissão de Revisão de Prontuários; 4. setor responsável pela padronização da formatação e organização dos prontuários; e 5. setor responsável pela padronização do fluxo de prontuários.
Onde deve ser realizada?	Em local onde o ambiente permita a verificação segura e a documentação prevista esteja mais acessível.
Quais documentos devem estar disponíveis?	1. cópia da publicação em Boletim Interno dos integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários; 2. cópia da publicação em Boletim Interno do setor ou dos profissionais responsáveis pela padronização da formatação e organização dos prontuários; 3. cópia da publicação em Boletim Interno do setor ou dos profissionais responsáveis pela padronização do fluxo de prontuários; 4. regimento interno, protocolo ou documento equivalente que defina o funcionamento da Comissão de Revisão de Prontuários, a padronização e o fluxo de prontuários; e 5. prontuários de pacientes em tratamento ou que tiveram alta em menos de um ano, que forem solicitados pela equipe de avaliação.
Quando e por quanto tempo deve ocorrer?	Deve ocorrer durante a fase presencial das avaliações, conforme previsto no calendário de avaliação, e ocupar no máximo duas horas.

Como se processa?	1. A equipe solicita pelo menos seis prontuários para revisão. 2. Metade destes prontuários deve ser de pacientes que estejam ainda sendo tratados (abertos) e a outra metade de pacientes que tenham obtido alta (fechados) há menos de um ano. 3. A escolha dos prontuários é feita pelos avaliadores, com base em relação de pacientes que se enquadram nas situações acima nº 1 e nº 2. 4. Apesar de ser aleatória, a escolha dos prontuários pode se basear naqueles pacientes em tratamento que apresentem alguma situação relevante específica verificada pelo avaliador, ou pacientes cujo quadro clínico se enquadre naquelas enfermidades de maior prevalência informadas pela OMS. 5. Os integrantes listados anteriormente participam da verificação presencial, em condições de prestarem a assistência e os esclarecimentos necessários à equipe de avaliação. 6. Os integrantes da equipe de acompanhamento poderão usar o formulário específico para a avaliação de prontuários (Apêndice IV ao Anexo B (Caderno de Orientação Nº 2 – Processo de Acompanhamento), verificando o quanto a OMS cumpre os procedimentos previstos nas normas vigentes e em suas próprias diretrizes e protocolos. 7. Os avaliadores fazem sua consideração sobre os padrões de avaliação que irão gerar a pontuação obtida pela OMS e fazem a Análise de Risco naqueles itens considerados oportunidades de melhoria.

APÊNDICE IV AO ANEXO B
FORMULÁRIO PARA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

S = Sim; N = Não; e NA = Não se Aplica

Nr Ord	Aspecto a verificar	Prontuário 1			Prontuário 2			Prontuário 3		
		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1	Abreviaturas e outros termos. São evitados os que são proibidos? Aqueles aceitos e padronizados estão corretamente representados?									
2	Houve algum treinamento sobre as abreviaturas e termos a serem evitados?									
3	Está claro no prontuário do paciente quem deve prover cada informação?									
4	As entradas estão com data e hora do fato?									
5	As orientações que foram dadas aos pacientes são registradas?									
6	As intervenções de médicos ou profissionais responsáveis em situações emergenciais são lançadas?									
7	O cuidado a ser aplicado em lesões e os respectivos materiais e medicamentos são registrados?									
8	Os efeitos colaterais e outras reações são lançados no prontuário?									
9	As orientações do cirurgião ou do anestesista são registradas?									
10	As orientações para a alta de pacientes são escritas de forma compreensível para os pacientes, familiares e responsáveis?									
11	Os prontuários dos pacientes são revisados regularmente na OMS?									
12	As ordens verbais são registradas e autenticadas no prontuário do paciente?									
13	Os registros de medicação incluem a data da inclusão?									
14	O prontuário do paciente lista os alimentos e medicamentos aos quais o paciente é alérgico?									
15	O paciente, familiar ou responsável que porventura possua limitação intelectual que os impeça de participar dos cuidados ao paciente são identificados no prontuário?									

Nr Ord	Aspecto a verificar	Prontuário 1			Prontuário 2			Prontuário 3		
		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
16	Os documentos e informações que dão suporte aos cuidados e tratamentos preventivos para os pacientes com alto risco de cometerem suicídio são incluídos no prontuário do paciente?									
17	A formatação e organização dos prontuários condizem com a definida pela OMS?									
18	O fluxo do prontuário ou de seus documentos está de acordo com o definido pela OMS?									
19	O prontuário foi preenchido de maneira legível?									
20	Os profissionais que fizeram lançamentos se identificam legalmente, com carimbo e assinatura em documentos físicos, ou assinatura eletrônica em documentos digitais?									
21	Para paciente submetido a procedimento com OPME/DMI, constam a descrição cirúrgica com o registro do uso da OPME/DMI e a respectiva ficha de controle e registro contendo a(s) etiquetas(s) de rastreabilidade, conforme o Manual de Gestão de Boas Práticas de OPME e Materiais Especiais do MS.									
22	**Quais informações são registradas quando uma intervenção de alto risco ocorre? Verifique se constam as informações abaixo:**									
23	Nome do profissional responsável e pelo menos dois assistentes;									
24	Procedimento realizado;									
25	Descrição do procedimento;									
26	Resultados do procedimento;									
27	Perda de sangue estimada;									
28	Remoção de algum órgão ou tecido;									
29	Diagnóstico pós-operatório.									
30	**O sumário do paciente em unidades mais complexas inclui:**									
31	Diagnóstico médico e condições do paciente;									
32	Procedimentos cirúrgicos e invasivos;									
33	Reação alérgica ou adversa a medicamentos;									

Nr Ord	Aspecto a verificar	Prontuário 1			Prontuário 2			Prontuário 3		
		S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
34	Medicação atual, incluindo as usadas para controlar efeitos adversos.									
35	**O sumário de alta do paciente inclui o seguinte:**									
36	Motivo da internação;									
37	Cuidado, tratamento e serviços prestados, incluindo qualquer procedimento;									
38	Condições do paciente e estado na alta;									
39	Informações passadas ao paciente, familiar ou responsáveis;									
40	Providências para o prosseguimento do tratamento.									

APÊNDICE V AO ANEXO B
GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Gerenciamento do Risco deve ser implementado pelos Comandos, Chefias e Direções, e exercido em todos os escalões. A atividade de Acompanhamento verifica o status desse gerenciamento com base nas políticas e ações adotadas pelas OMS, sob dois aspectos: Verificação da existência de uma política de Gestão de Riscos e a Análise de risco das Oportunidades de Melhoria verificadas.

1. Verificação da existência de uma política de Gestão de Riscos

Se exprime por uma clara aderência da organização e de seus indivíduos com a política de gestão de riscos definida pelo sistema de saúde e pela direção da OMS. Essa aderência pode ser verificada com base nos princípios, estrutura e processos, relacionados à gestão de riscos.

1.1 Princípios:

a) Integrada;

b) Estruturada e abrangente;

c) Personalizada;

d) Inclusiva;

e) Dinâmica;

f) Melhor informação disponível;

g) Fatores humanos.

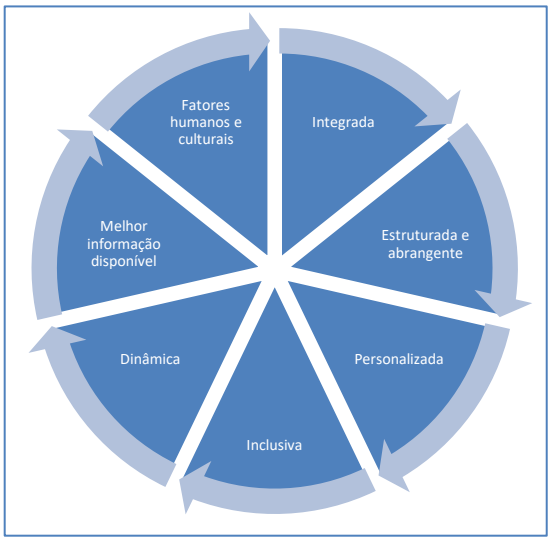

Fig 1 - Princípios

1.2 Estrutura:

a) Plano de Gestão de Riscos;

b) baseada nos processos existentes;

c) recursos disponíveis;

d) definição de responsabilidades;

e) avaliação e melhoria.

1.3 Processos:

a) aplicar nos níveis estratégico, operacional, tático de programas ou de projetos;

b) alinhar com os objetivos e metas da organização;

c) monitorar por meio de comunicação eficiente e inclusiva;

d) realizar a identificação, a análise, a avaliação e o tratamento dos riscos;

e) a avaliação deve ser sistemática, interativa e colaborativa;

f) fazer o registro e relato dos riscos verificados e das providencias tomadas.

2. Análise de risco das Oportunidades de Melhoria verificadas

2.1 A cada item considerado oportunidade de melhoria, a equipe de gestão de riscos da OMS deverá empregar a Matriz de Análise de Risco.

2.2 Não serão considerados para análise os pontos parcialmente fortes.

2.3 A princípio, a matriz deve ser aplicada a todas as oportunidades de melhoria encontradas, mas quando a quantidade verificada tornar impraticável essa aplicação, a equipe de gestão de riscos da OMS deve considerar uma amostra do total, preferencialmente as julgadas mais relevantes.

3. Matriz de Análise de Risco das Oportunidades de Melhoria

3.1 A matriz considera as oportunidades de melhoria sob duas variáveis, a sua abrangência nos diversos setores ou processos da OMS e a probabilidade da ocorrência de acidentes ou eventos adversos.

Matriz de Análise de Risco de Não-Conformidade					
Abrangência na OMS	Dominante				
	Distribuída				
	Limitada				
		Muito Baixa	Baixa	Alta	Muito Alta
		Probabilidade de ocorrerem acidentes ou eventos adversos.			

Fig 2 - Matriz de Análise de Risco de Não-Conformidade

3.2 Abrangência na OMS:

3.2.1 Se refere a distribuição da ocorrência da oportunidade de melhoria na organização. Ela não se restringe ao número de setores que a apresentaram, mas também a outros aspectos, como a quantidade de processos em que ela foi verificada, a quantidade de profissionais ou equipes que a praticam, ou ainda a quantidade de indivíduos (pacientes, profissionais de saúde ou visitantes) que seria impactada com dano em virtude da ocorrência de evento adverso relacionado à oportunidade de melhoria.

3.2.2 Limitada: se apresenta de forma limitada em um ou poucos setores da OMS, ou em alguns poucos processos que opera. Demonstra uma variação setorial de processo. Tem potencial para impactar poucos indivíduos na organização.

3.2.3 Distribuída: se apresenta em alguns setores da OMS, ou dos processos que opera. Demonstra falha recorrente de processo. Tem potencial para impactar grupos de indivíduos ou indivíduos isolados em diferentes setores da organização.

3.2.4 Dominante: se apresenta em mais da metade da OMS, ou dos processos que opera. Demonstra total falha de processo. Tem potencial para impactar a maioria ou a totalidade dos indivíduos na organização.

Abrangência	**Ocorrência nos setores ou processos.**	**Situação do processo.**	**Indivíduos que podem ser impactados.**
Limitada	Um ou poucos	Variação setorial	Poucos
Distribuída	Alguns	Falha recorrente	Grupos de indivíduos ou indivíduos isolados em diferentes setores
Dominante	Mais da metade	Falha total	Maioria ou totalidade

Tab 1 - Tabela auxiliar para a definição de abrangência

3.3 Probabilidade de ocorrerem acidentes ou eventos adversos (EA):

3.3.1 A análise de probabilidade, apesar de um tanto subjetiva, deve se pautar pelos possíveis acidentes ou eventos adversos que a oportunidade de melhoria em estudo pode gerar, caso ela persista ao longo do tempo.

3.3.2 Poderão ser elencados mais de um possível acidente ou EA, então, nesses casos, a equipe de gestão de riscos da OMS deve aplicar a matriz para cada possível acidente ou evento e classificar o risco da oportunidade de melhoria de acordo com o maior grau obtido.

3.3.3 Fazer antes a definição da variável “Abrangência na OMS” facilita este trabalho:

a) Muito Baixa: pouquíssima chance de causar algum dano. Mesmo afetando a segurança, não apresenta condições de causar dano por si só e dependeria de outros fatores associados à oportunidade de melhoria para que ocorresse dano a pacientes ou outras pessoas. Ao longo do tempo, poderia afetar pouquíssimas pessoas.

b) Baixa: chance de causar dano eventual. Tem potencial para causar dano diretamente, se associada a condições favoráveis ou outras falhas que potencializem o risco que representa. Se a oportunidade de melhoria persistir, pode causar dano restrito a alguns pacientes ou outras pessoas em situações especialmente susceptíveis.

c) Alta: chance de causar dano frequente. Tem potencial para causar dano diretamente, sem necessariamente estar associada a outras condições ou falhas que potencializem o risco que representa. Se a oportunidade de melhoria persistir, pode causar dano a muitas pessoas.

d) Muito Alta: chance de causar dano iminente. Tem potencial para causar dano diretamente. Se a oportunidade de melhoria persistir, pode causar dano a qualquer paciente ou outra pessoa que esteja sujeita aos seus efeitos.

Probabilidade	**Chance de causar dano**	**Potencial para dano direto**	**Número de Indivíduos expostos**
Muito Baixa	Pouquíssima	Não	Mínimo
Baixa	Eventual	Não	Restrito
Alta	Frequente	Sim	Muitos
Muito Alta	Iminente	Sim	Todos

Tab 2 - Tabela Auxiliar para a definição de probabilidade

4. Providências requeridas para as oportunidades de melhoria:

4.1 Amarela: urgência normal, mas pode requerer alguma prioridade na sua solução. Resolvido setorialmente, mas pode requerer intervenção da Direção.

4.2 Laranja: requer uma solução o quanto antes. A Direção deve incluir a oportunidade de melhoria no Plano de Ação da OMS.

4.3 Vermelha: requer solução imediata. Requer Ação de Comando da Direção antes mesmo de incluir a oportunidade de melhoria no Plano de Ação da OMS, o que deve ser feito.

Classificação da não-conformidade	**Urgência na solução**	**Providências pela OMS**
Amarela	Normal, mas pode requerer alguma prioridade	Resolvido setorialmente, mas pode requerer intervenção da Direção
Laranja	O quanto antes	Incluir no Plano de Ação
Vermelha	Imediata	Requer Ação de Comando. Incluir no Plano de Ação

Tab 3 - Tabela Auxiliar para a definição de providências

ANEXO C
ORIENTAÇÕES DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR NAS REGIÕES MILITARES
(PASAM REGIONAL)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY

ORIENTAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR NAS REGIÕES MILITARES (PASAM REGIONAL)

1. FINALIDADE

a. Viabilizar o início das atividades descentralizadas do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM) pelas Regiões Militares nas Organizações Militares de Saúde e Formações Sanitárias das Organizações Militares subordinadas.

b. Elencar as principais atribuições e responsabilidades das Regiões Militares com as atividades descritas nestas Orientações.

2. REFERÊNCIAS

a. Portaria nº 1.107, de 14 de junho de 1995, do Ministério da Saúde, que concebeu o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, no âmbito dos esforços empreendidos pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), sob coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a fim de fixar os padrões de qualidade dos serviços prestados por entidades hospitalares no Brasil.

b. Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de saúde - versão 2019, elaborado pela ONA.

c. Plano de Gestão do Departamento-Geral do Pessoal (DGP) 2024/2027.

d. Portaria nº 2.502, de 2 de julho de 2025, do Comandante do Exército, que aprova as Instruções Gerais para o Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar no âmbito do Exército Brasileiro (EB10-IG-02.043), 1ª Edição, 2025.

3. OBJETIVOS

a. Estabelecer as bases do Sistema de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar.

b. Disseminar os parâmetros de acompanhamento, suas finalidades e respectivas evidências em todas as Organização Militares de Saúde do Exército Brasileiro.

c. Capacitar avaliadores e multiplicadores do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM).

d. Possibilitar uma maior capilaridade das ações do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM).

e. Fortalecer a percepção de segurança e qualidade no Serviço de Saúde do Exército.

f. Garantir que procedimentos assistenciais de saúde sejam realizados com qualidade e maior segurança aos pacientes e profissionais em todas as unidades de saúde do Exército.

4. CONCEPÇÃO GERAL

O Departamento-Geral do Pessoal (DGP) entende que as Organizações Militares de Saúde (OMS) devem buscar a melhoria contínua de seus processos por intermédio de uma gestão de qualidade e segurança na assistência, neste sentido o acompanhamento da Saúde Assistencial Militar realizado pelo PASAM, que é baseado em critérios preestabelecidos e na legislação vigente, proporciona um diagnóstico abrangente da OMS permitindo aos gestores a tomada de decisões mais assertivas no intuito de aprimorar seus processos, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

O acompanhamento da saúde assistencial militar visa à excelência na gestão de todo o Sistema de Saúde do Exército (SSEx), desde a governança nos mais altos níveis até as Seções de Saúde das Organizações Militares.

A base do programa de acompanhamento é o cumprimento das metas internacionais de segurança do paciente, com vistas à redução dos eventos adversos que geram internações desnecessárias, aumentam o tempo de permanência do paciente na OMS e, até mesmo, podem levá-lo a óbito.

Outro componente da estrutura do programa é a garantia da qualidade, que somente será atingida com o cumprimento de todos os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Diretoria de Saúde e pela própria OMS.

a. <u>Justificativas</u>

1) As visitas de acompanhamento realizadas pelo PASAM proporcionam um evidente ambiente de compromisso, por parte da OMS visitada, de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro, e trabalhar constantemente para reduzir os riscos aos pacientes e aos profissionais.

2) A constante evolução das técnicas e a incorporação cotidiana de novas tecnologias aos serviços de saúde tem tornado os nosocômios em organismos cada vez mais complexos. Ressalta-se, então, a busca constante pela excelência na prestação de serviços, com fulcro na segurança do paciente e na eficiência administrativa.

3) O processo de acompanhamento da saúde assistencial militar agrega eficiência e eficácia na gestão, ao mesmo tempo que orienta e organiza a prestação dos serviços aos pacientes com maior qualidade.

4) O efetivo da equipe do PASAM, a logística de deslocamento e o contingenciamento de recursos não permitem que todas as Organizações Militares de Saúde sejam submetidas ao processo de acompanhamento de forma regular.

b. <u>Alinhamento</u>

- O Projeto está alinhado com o Plano de Governança e Gestão do Departamento-Geral do Pessoal 2024-2027, o qual estabelece como Objetivo Estratégico de Pessoal nº 04 (OEP 04) – Aperfeiçoar a

Governança e a Gestão do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, desdobrado nos Fatores Críticos de Sucesso dos OEP – OEP 04 - Aperfeiçoar a Governança e a Gestão do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro – (2) capacitação, retenção e motivação dos recursos humanos; (3) estruturas de conformidade, compliance e auditoria adequadas; (5) elevar a produtividade dos serviços de saúde; e (6) elevar o nível de satisfação dos usuários do Sistema de Saúde do Exército (SSEx).

c. Objetivos Relativos aos Postos Médicos, ao Centro de Medicina de Aviação do Exército e às Formações Sanitárias das OM

1) reforçar a cultura de Segurança do Paciente;

2) identificar os requisitos e os pontos nos quais atuar para a melhoria dos cuidados em saúde;

3) identificar os Pontos Fortes (PF) e as Oportunidades de Melhoria (OM), por meio do acompanhamento e análise de indicadores;

4) promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe.

5. ATRIBUIÇÕES

a. Departamento-Geral do Pessoal

1) conduzir o início das atividades descentralizadas de acompanhamento da saúde assistencial militar, em estreita ligação com as Regiões Militares;

2) disponibilizar a versão atualizada dos Cadernos de Orientação – Padrões de Avaliação e Processo de Avaliação às Regiões Militares;

3) disponibilizar a abertura do Estágio de Capacitação de Avaliadores do PASAM, conforme solicitação das Regiões Militares; e

4) coordenar para que os concludentes do Estágio de Capacitação de Avaliadores do PASAM participem, como observadores, da equipe de avaliadores do PASAM em visita às OMS da RM.

b. Regiões Militares (por intermédio do Inspetor de Saúde)

1) selecionar, no âmbito da RM, os militares possuidores do Estágio de Capacitação de Avaliadores do PASAM que irão compor a equipe de avaliadores regional;

2) levantar a necessidade de capacitar oficiais das diversas áreas da saúde e de gestão no Estágio de Capacitação de Avaliadores do PASAM e solicitar, via DIEx, ao Departamento-Geral do Pessoal a matrícula dos mesmos no referido estágio;

3) elaborar o cronograma das visitas de acompanhamento nas Organizações Militares de Saúde, inclusive nos Postos Médicos de Guarnição e Formações Sanitárias das OM subordinadas em complemento, e alternadamente, às visitas do PASAM/DGP;

4) conduzir as atividades de acompanhamento da saúde assistencial nas Organizações Militares de Saúde, inclusive nos Postos Médicos de Guarnição e Formações Sanitárias de OM subordinadas em complemento, e alternadamente, às visitas do PASAM/DGP; e

5) documentar os resultados mediante a elaboração do relatório da visita de acompanhamento, podendo utilizar o relatório do PASAM como modelo padrão, e enviar via canal seguro para o Departamento Geral do Pessoal.

6. PRESCRIÇÕES DIVERSAS

a. As ações decorrentes da presente orientação deverão ser colocadas em prática a partir de sua data de publicação.

b. Estão autorizadas as ligações necessárias para o desenvolvimento das ações descritas nesta orientação entre a Inspetoria de Saúde das Regiões Militares e a seção do Programa de Acompanhamento da Saúde Assistencial Militar (PASAM) do DGP.

c. Os casos não previstos nestas Orientações serão submetidos à apreciação do Chefe do Departamento-Geral do Pessoal.

Brasília-DF,_____ de agosto de 2025.

General de Exército JOÃO CHALELLA JÚNIOR
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal